Bijlage : WOR adviezen

Deze bijlage bevat de WOR adviezen met betrekking tot de onderzoeken die gedaan zijn in de periode najaar 2014 – voorjaar 2015. Het betreft adviezen naar aanleiding van de volgende 12 onderzoeken:

1. Voorspellende waarde van het gebruik van fysiotherapie t-1 voor de zorgkosten
2. Voorspellende waarde van het gebruik van Verpleging & Verzorging t-1 voor de zorgkosten
3. Groot onderhoud Farmaciekostengroepen (FKG's)
4. Leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria
5. Groot onderhoud Diagnosekostengroepen (DKG's)
6. Leeftijdsafhankelijke (co)morbiditeit
7. Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de kosten van Verpleging & Verzorging
8. Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de geneeskundige en langdurige GGZ
9. Buitenlandse seizoenarbeiders fase II
10. Groot onderhoud aard van het inkomen, sociaaleconomische status en personen per adres
11. Doorontwikkeling van de ex ante risicoverevening voor de langdurige GGZ
12. Pre Overall Toets

1. Advies naar aanleiding van *Voorspellende waarde van het gebruik van fysiotherapie t-1 voor de zorgkosten*

Inleiding

Belangrijk onderdeel van de doorontwikkeling van de vereveningsmodellen vormt het ontwikkelen van nieuwe vereveningscriteria. Vooral de verevening van de groep van chronisch zieken en ouderen is van belang. In dit kader is door VWS aan iBMG gevraagd om de voorspellende waarde van fysiotherapiegebruik voor de zorgkosten in kaart te brengen.

De analyse is gedaan op gegevens van de OT 2015. Het gebruik van fysiotherapie heeft conform het Zvw-pakket alleen betrekking op het gebruik van fysiotherapie van verzekerden met chronische aandoeningen en voor zover het om meer dan 20 behandelingen gaat. Uitzondering hierop vormen de verzekerden jonger dan 18 jaar, die ook vergoeding vanuit het basispakket krijgen bij aandoeningen die niet op de lijst van chronische aandoeningen staan (voor maximaal 18 behandelingen). Deze jongeren krijgen bij aandoeningen die wel op de lijst staan bovendien alle behandelingen vergoed. Het gebruik van fysiotherapie is globaal vergelijkbaar gemaakt door ook op de jongeren een drempel van meer dan 20 behandelingen toe te passen.

Resultaten

Beschrijvende statistieken

De kruistabellen uit het onderzoek geven een eerste inzicht in de samenhang tussen het gebruik van fysiotherapie (conform de vergoeding vanuit het basispakket) in het voorafgaande jaar enerzijds en de zorgkosten en huidige criteria anderzijds. De belangrijkste conclusies zijn:

- Onder de gebruikers van fysiotherapie is de kans drie maal groter om ingedeeld te worden bij één van de vier morbiditeitscriteria (FKG, DKG, HKG en MHK) dan onder de niet-gebruikers (64% versus 22%).
- Een relatief klein deel van de "ongezonden" (=één van de vier morbiditeistcritria is groter dan nul) gebruikt fysiotherapie, namelijk circa 7%. Dit is wel beduidend meer dan het gemiddelde van de hele populatie, dat 2,5% bedraagt.
- De zorgkosten nemen toe naarmate de fysiotherapiekosten toenemen
- De gemiddelde ondercompensatie voor de groep van fysiotherapiegebruikers bedraagt € 922.
- Hier staat een overcompensatie van € 23 tegenover bij de groep die geen fysiotherapie gebruiken.

Modellen voor de verevening

Er zijn drie varianten voor toevoeging van een vereveningscriterium gebaseerd op fysiotherapiekosten onderzocht:

1. wel/geen gebruik
2. wel/geen gebruik opgesplitst in drie categorieën voor leeftijd (<18, 18-64 en >=65 jaar)
3. wel/geen gebruik opgesplitst in drie kostenniveaus

De drie modellen geven nagenoeg gelijke vereveningsresultaten en leiden tot een lichte verbetering van de verevenende werking ten opzichte van het somatische risicovereveningsmodel van de OT 2015. De belangrijkste verbeteringen voor de drie modellen zijn:

- De GGAA van de resultaten bij de groep van verzekeraars daalt van € 24,8 naar € 24,0 voor variant 1 en 3 en naar € 24,1 voor variant 2
- De bandbreedte van de resultaten bij de groep van verzekeraars neemt bij alle drie de varianten af met € 5 af en komt uit op € 200
- De resultaten op de groepen met de 15% hoogste en 15% laagste kosten in jaar t-3 verbeteren van € 267 en € -352 naar respectievelijk € 261 en -€ 342 (-341 voor variant 2).

- De ondercompensatie van de groep die V&V gebruikt in t-1 daalt licht met circa € 60 en komt uit op respectievelijk € 1170, € 1174 en € 1165 voor variant 1, 2 en 3.

De normbedragen voor de varianten stroken goed met de corresponderende ondercompensaties. Bij de meest eenvoudige variant -waarbij normbedragen voor geen/wel fysiotherapiegebruik zijn opgenomen- komen de normbedragen uit op respectievelijk € -25 en € 1.012. Dit duidt er ook op dat weinig tot geen verklaringskracht van de andere vereveningscriteria wordt afgeroomd. Dit wordt nader onderbouwd met de GGAV's in normbedragen. De veranderingen bij de normbedragen van de andere vereveningscriteria zijn veelal beperkt en de enkele grotere veranderingen zijn goed verklaarbaar. Zo is de geringere invloed van MHK logisch omdat de MHK sterk samenhangt met de fysiotherapiekosten.

Kanttekeningen

In theorie zouden er verkeerde prikkels kunnen ontstaan als het gebruik van fysiotherapie als vereveningscriterium wordt toegepast. Een klein beetje extra therapie kan leiden tot een extra normbedrag van € 757 tot € 1.915 (afhankelijk van de gekozen modelvariant en de leeftijds- of kostencategorie). Hierbij is wel van belang dat er sprake is van een drempel van 20 behandelingen.

Er is niet onderzocht in hoeverre verschillen in fysiotherapiekosten gerelateerd kunnen worden aan de diagnose/aandoening waarvoor de therapie wordt gegeven. Dit viel buiten de scope van het onderzoek.

Conclusie en Advies

De WOR concludeert dat uitbreiding van het somatische vereveningsmodel met een criterium gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie in een voorgaand jaar de verevenende werking van het model licht verbetert. Ook verdwijnt hiermee de ondercompensatie van circa € 900 van de groep verzekerden die in het voorafgaande jaar fysiotherapie gebruikten.

Er zijn niet of nauwelijks verschillen tussen de meest eenvoudige variant, die uitgaat van wel/geen gebruik van fysiotherapie en complexere varianten met leeftijds- en kosteninteracties. De WOR concludeert daaruit dat het vereveningskenmerk gebaseerd op wel/geen gebruik te prefereren is boven de andere onderzochte varianten.

De WOR adviseert om de eenvoudige variant "wel/geen gebruik van fysiotherapie t-1'' mee te nemen in de integrale doorrekening van alle nieuwe en verbeterde criteria, die plaatsvindt in mei (de zogenaamde pre-OT). De WOR adviseert hierbij om de 18-minners buiten beschouwing te laten, omdat deze groep niet voldoende goed vergelijkbaar is met de 18-plussers. In de pre-OT moet nader bezien worden of een vereveningskenmerk gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie in een voorgaand jaar van toegevoegde waarde is naast de vernieuwde FKG's, DKG's, etc. Daarnaast vraagt de WOR aandacht voor de prikkelwerking.

De WOR adviseert verder onderzoek naar de mogelijke toegevoegde waarde van informatie over de achterliggende aandoening/diagnose bij de ontvangen fysiotherapie. Bijvoorbeeld door onderscheid te maken tussen (1) niet-chronisch (jeugd), (2) beperkt chronisch (vooral na operaties, dus spier/pees/fascie; pees/spier/ligament; en gewrichten menisectomie/synovectomie) en (3) onbeperkt chronisch (bijvoorbeeld CVA, COPD en Parkinson).

2. Advies naar aanleiding van *Voorspellende waarde van het gebruik van V&V t-1 voor de zorgkosten*

Inleiding

Per 2015 is de aanspraak V&V overgeheveld naar de Zvw. In 2015 is er sprake van een apart risicovereveningsmodel voor V&V, met daarin de vereveningskenmerken leeftijd/geslacht, meerjarige hoge kosten (gebaseerd op de variabele zorgkosten) en een regiocriterium. Per 2017 moet de Zvw volgens het Regeerakkoord volledig risicodragend uitgevoerd worden.

In de afgelopen periode is door iBMG onderzocht wat het effect is van het toevoegen van de kosten V&V aan de variabele zorgkosten op de verevenende werking van het somatische risicovereveningsmodel. Vervolgens is in het onderzoek gekeken naar de toegevoegde waarde van een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van V&V in t-1 (WOR 713). Dit gebeurt mede naar aanleiding van eerder onderzoek, dat op verzoek van de Tweede Kamer is uitgevoerd, waaruit bleek dat de groep verzekerden die in jaar t-1 V&V gebruiken ondergecompenseerd wordt (WOR 699). Het opnemen van een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik V&V in een voorgaand jaar kan de ondercompensatie (en daarmee prikkels tot risicoselectie) van deze groep verzekerden volledig wegnemen.

Resultaten

Vereveningsmodel variabele kosten inclusief kosten V&V

Het toevoegen van de kosten V&V aan de variabele kosten betekent een uitbreiding van de kostendefinitie met +9%. Als het bestaande model wordt gebaseerd op de variabele kosten plus de kosten V&V dan verbetert de R^2 en CPM op individuniveau. De toename van de CPM is half zo groot als de toename van de R^2, die met 2,6 procentpunt stijgt. Dit duidt erop dat de verklaringskracht vooral verbetert voor verzekerden met hoge kosten. Hier kan een rol spelen dat de variabele zorgkosten en de kosten V&V voor een deel communicerende vaten zijn. De GGAA en de standaarddeviatie stijgen ongeveer in lijn met de uitbreiding van de kostendefinitie (respectievelijk 9,5% en 6,2%). De GGAA op subgroepniveau verslechtert sterker dan op basis van de uitbreiding van de kostendefinitie verwacht mag worden (+17%). Op verzekeraarsniveau geldt dit ook voor de stijging van de bandbreedte (+12%); maar niet voor de stijging van de GGAA op verzekeraarsniveau (+8%).

In het onderzoek van iBMG zijn een aantal varianten van een vereveningskenmerk gebaseerd op V&V-gebruik in een voorgaand jaar doorgerekend (variant b: ja/nee, variant c: vier risicogroepen voor de hoogte van V&V-kosten in t-1, variant d: vier risicogroepen op basis van de hoogte van V&V-kosten plus interacties met leeftijd). Het onderscheiden van vier risicogroepen voor de hoogte van de kosten (variant c) zorgt voor een duidelijke verbetering van de verevenende werking ten opzichte van de eenvoudiger variant met alleen ja/nee gebruik (variant b). Verder onderscheid naar leeftijdsinteracties voegt weinig extra's toe.

Als een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik V&V in t-1 toegevoegd wordt aan het vereveningsmodel gebaseerd op variabele plus kosten V&V, verbetert de verevenende werking op alle drie niveaus. Ten opzichte van de verevenende werking van het bestaande model voor de variabele zorgkosten, slaan de maatstaven minder uit dan de 9% die te verwachten is door de uitbreiding van de kostendefinitie (met uitzondering van de bandbreedte op verzekeraarsniveau, die stijgt van 205 naar 225, dus 9,7%[1]). Dit betekent dat het vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik V&V in t-1 de toevoeging van de kosten V&V aan het bestaande model voor de variabele zorgkosten kan opvangen.

De normbedragen behorend bij het vereveningskenmerk gebruik V&V in t-1 zijn extremer dan de meer- en minderkosten. Dat betekent dat het vereveningskenmerk V&V t-1 ten dele verklaringskracht

---

[1] Variant 2c, waarin onderscheid gemaakt wordt tussen vier risicogroepen voor de hoogte van V&V kosten in t-1.

overneemt van andere vereveningscriteria. Gezien de samenhang tussen V&V-gebruik en bijvoorbeeld leeftijd, FKG's, DKG's en MHK is dat verklaarbaar.

Vereveningsmodel variabele zorgkosten
Als een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik V&V in t-1 wordt toegevoegd aan het bestaande model voor de variabele zorgkosten, laten de maatstaven op individueel niveau een lichte verbetering zien. De GGAA van 'alle' subgroepen verandert niet. Op verzekeraarsniveau is eveneens een lichte verbetering te zien van de GGAA, niet van de R^2 of de bandbreedte. Er is hierbij weinig verschil tussen de eenvoudige variant van V&V t-1 ja/nee en complexere varianten met differentiatie naar kostencategorieën en/of leeftijdsklassen. Het criterium gebaseerd op historisch gebruik V&V heeft dus in termen van verevenende werking voor dit model weinig toegevoegde waarde. De eenvoudige variant met ja/nee levert normbedragen op die extremer zijn dan de meer- en minderkosten. Dat betekent dat het vereveningskenmerk V&V t-1 ten dele verklaringskracht overneemt van andere vereveningscriteria, zoals FKG's, DKG's, MHK en leeftijd.

Een reden om toch een dergelijk vereveningskenmerk op te nemen is dat het prikkels tot risicoselectie van gebruikers V&V in een voorgaand jaar wegneemt. Immers de ondercompensatie van de groep wordt weggenomen door opname van het criterium.

Conclusie en advies

De WOR concludeert dat het indien het bestaande model voor de variabele zorgkosten uitgebreid wordt met de kosten V&V, de GGAA op subgroepniveau en de bandbreedte op verzekeraarsniveau sterker verslechteren dan op basis van de uitbreiding van de kostendefinitie verwacht mag worden. Dit betekent dat het risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten niet zonder modelaanpassingen kan worden uitgebreid met de kosten V&V.

De WOR concludeert dat uitbreiding van het model voor de variabele zorgkosten plus V&V met een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik V&V in t-1 een duidelijke verbetering van de verevenende werking oplevert. Een vereveningskenmerk met vier risicogroepen voor de hoogte van V&V-kosten in t-1 (variant 2c) onderscheidt zich nauwelijks van een complexere variant met extra leeftijdsinteracties (variant 2d). De variant met vier risicogroepen voor de hoogte van V&V-kosten in t-1 (variant 2c) heeft daarom de voorkeur. Toevoeging van een vereveningskenmerk gebaseerd op V&V t-1 kan de verminderde verevenende werking door de toevoeging van de kosten V&V aan de het model voor de variabele zorgkosten opvangen. Ook neemt dit criterium de ondercompensatie van € -4.751 weg van de groep die in t-1 V&V gebruiken.

De WOR vraagt aandacht voor de prikkelwerking van een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik t-1. Een dergelijk vereveningskenmerk kan het gebruik van V&V- zorg stimuleren omdat het gebruik in een voorgaand jaar tot een hogere vereveningsbijdrage leidt. De WOR is daarom voorstander van het ontwikkelen van vereveningskenmerken die de verevening van de kosten V&V verbeteren en die medisch-inhoudelijk gegrond zijn en die het vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik t-1 kunnen vervangen.

De WOR concludeert dat uitbreiding van het bestaande model voor de variabele zorgkosten met een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik V&V in t-1 een lichte verbetering van de verevenende werking oplevert. Vanuit het oogpunt van het tegengaan van risicoselectie kan het opnemen van gebruik V&V in t-1 van toegevoegde waarde zijn, omdat door het opnemen van het criterium V&V t-1 de ondercompensatie van € -1.231 van deze groep volledig weggenomen wordt. Voor het model voor de variabele zorgkosten kan volstaan worden met ja/nee V&V-gebruik in t-1 (variant 1b). Omwille van de eenvoud adviseert de WOR de operationalisatie van het vereveningskenmerk V&V t-1 gelijk te houden voor het model voor de varabele zorgkosten en het model voor de varabele zorgkosten plus de kosten V&V. Daarom adviseert de WOR om voor beide modellen de variant waarin vier risicogroepen worden onderscheiden naar de hoogte van de V&V-kosten (variant 2c) door te rekenen in de pré-OT (gepland voor mei 2015). Daarbij adviseert de WOR eerst het effect van het groot onderhoud aan bestaande criteria (FKG's, DKG's, AVI, SES en PPA) te onderzoeken waarna de eventuele toegevoegde waarde van het effect van V&V t-1 opnieuw bezien moet worden.

3. Advies naar aanleiding van *Groot onderhoud FKG's*

Inleiding

Periodiek vindt groot onderhoud plaats aan het vereveningscriterium FKG's. Doel van dit onderzoek is de toetsing of de huidige vormgeving van de FKG's nog up-to-date is, of dat deze aanpassing behoeft. SiRM heeft in opdracht van VWS het groot onderhoud FKG's 2014-2015 uitgevoerd. Dit onderzoek betreft zowel de FKG's in het model voor de variabele zorgkosten als de FKG's in het model voor de geneeskundige GGZ.

In het onderzoek is zowel gekeken naar de bestaande FKG's als naar nieuwe FKG's. Daarbij zijn twee werkwijzen gehanteerd. In het eerste geval is gekeken welke wijzigingen er vanuit medisch inhoudelijk oogpunt wenselijk zijn. Deze zijn vervolgens ook in kwantitatieve zin beoordeeld. In het tweede geval zijn empirische analyses uitgevoerd om relevante zaken op het spoor te komen. De resultaten zijn vervolgens ook medisch inhoudelijk beoordeeld. De beoordeling van mogelijke aanpassingen betreft dus altijd een samenspel van de empirie en het medisch inhoudelijke.

Naast het groot onderhoud zijn zeven (vijf voor het somatische model, twee voor de geneeskundige GGZ) specifieke vragen beantwoord. Het onderzoek is begeleid door een begeleidingscommissie met daarin zowel medisch inhoudelijk deskundigen als deskundigen op het gebied van de risicoverevening.

Resultaten

FKG's (model variabele zorgkosten)

Het groot onderhoud leidt tot de volgende voorgestelde wijzigingen:

- Splitsing van twee FKG's:
  - FKG Neuropatische pijn in FKG Neuropatische pijn complex en FKG Chronische pijn zonder opioïden, waarbij de restrictie wordt toegepast dat verzekerden in de eerste groep niet ook in de tweede groep ingedeeld kunnen worden;
  - FKG Aandoeningen aan hersenen en ruggenmerg in FKG Multiple Sclerose (MS) en FKG Overige aandoeningen aan hersenen en ruggenmerg, waarbij de restrictie wordt toegepast dat verzekerden in de eerste groep niet ook in de tweede groep ingedeeld kunnen worden.
- Toevoeging van twee FKG's:
  - FKG Psoriasis;
  - FKG Pulmonale Arteriële Hypertensie (PAH).
- Uitbreiding van een FKG:
  - Toevoeging van de groep 'M01A' aan de FKG Chronische pijn zonder opioïden.

Op grond van de specifieke vragen wordt voorgesteld om:

1. op basis van de analyse van de add-ons
   a. de FKG 'Reuma: TNF-alfaremmers' te vervangen door de FKG Auto-immuunziekten en de restricties toe te voegen dat verzekerden in deze FKG niet ook in de FKG's Reuma: overige middelen, Psoriasis en Crohn / Colitis Ulcerosa ingedeeld kunnen worden;
   b. de FKG Kanker add-ons 2012 en de FKG Groeihormonen toe te voegen, waarbij voor de FKG Kanker add-ons 2012 geldt dat verzekerden in die FKG niet ook ingedeeld kunnen worden in de FKG Hormoongevoelige tumoren of de FKG Kanker (op basis van GVS);
2. geen nieuwe FKG voor polyfarmacie op te nemen. Polyfarmacie is wel een potentiële vervanger voor de GSM, maar daarvoor is extra onderzoek nodig;

3. geen FKG voor zeldzame en dure aandoeningen op te nemen. De groepen zijn te klein en vormen qua kosten een inhomogene groep verzekerden. Conclusie van het onderzoek is dat deze groepen niet via (alleen) geneesmiddelengebruik zijn te identificeren;
4. bij vijf FKG's (Schildklieraandoeningen; Psychose, Alzheimer en Verslaving; Depressie; Astma; Epilepsie) de DDD-grens voor jongeren te verlagen naar 90 DDD.

(de specifieke onderzoeksvraag voor PAH is meegenomen in het groot onderhoud)

Er zijn verschillende varianten voor de indeling van de FKG's in de modelschattingen onderzocht. In model 6 zijn alle voorgestelde wijzigingen meegenomen. Model 6 levert ten opzichte van het uitgangsmodel (model 2015 zonder GSM) een forse verbetering op van de verevenende werking op individuniveau (zo stijgt de R^2 van 22,5% naar 25,0% en neemt de GGAA af van 1.679 naar 1.638) en op het niveau van 'alle' subgroepen (GGAA daalt van 586 naar 569). Op verzekeraarsniveau is sprake van een lichte afname van de verevende werking. De R^2 neemt af van 98,8% naar 98,7%, de GGAA stijgt van 25,0 naar 25,7 en de bandbreedte neemt toe van 212,6 naar 214,8.

Het aanpassen van de DDD-grens van 180 naar 90 DDD bij 5 FKG's (model 6 ten opzichte van model 2a) zorgt op totaalniveau niet voor een verbetering van de verevende werking, maar verbetert wel de compensatie voor de betreffende groepen.

De gevolgen van de toevoeging van het vereveningscriterium GSM aan model 6 (model 8) voor de verevenende werking (op totaalniveau) zijn gering. De grootste wijziging is dat de bandbreedte op verzekeraarsniveau verbetert van 214,8 naar 212,1.

Overhevelingen

Van extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten (ZG) en langdurige GGZ hebben de deskundigen aangegeven dat het farmaciegebruik mogelijk geen adequaat kenmerk is om deze groepen te onderscheiden. De kosten van extramurale behandeling en geriatrische revalidatiezorg (GRZ) zijn wel in het onderzoek meegenomen en kunnen invloed gehad hebben op de uitkomsten van de empirische analyses.

Er zijn ook modellen geschat op het totaal van de somatische zorgkosten en de kosten V&V. Op basis van een empirische analyse zijn drie FKG's in de modelschattingen opgenomen, specifiek gericht op het voorspellen van de kosten V&V. Dit zijn de FKG's Desinfectanten, Urologica en Middelen bij obstipatie. De deskundigen hebben aangegeven dat er geen medisch inhoudelijke argumentatie is om deze FKG's op te nemen (het betreft geen klinisch homogene groep aandoeningen) en dat geneesmiddelengebruik mogelijk geen adequate manier is om voor de kosten van V&V te compenseren. Daarbij komt dat met de opname van middelen tegen doorligwonden (mogelijk) slechte zorg beloond wordt. Uitvoeringstechnisch is het complex doordat er WHO DDD's ontbreken. De drie V&V FKG's hebben voorspellende waarde voor de kosten V&V. Toevoeging van deze drie FKG's leidt tot een kleine verbetering van de verevenende werking op individu- en subgroepniveau. Op verzekeraarsniveau laten de cijfers een wisselend beeld zien. De R^2 blijft gelijk, de GGAA wordt iets groter en de bandbreedte wordt iets kleiner.

Aanbevelingen FKG's (model variabele zorgkosten):

De onderzoekers doen de volgende aanbevelingen:

- Vervolgonderzoek uitvoeren naar polyfarmacie, waarbij een nadere duiding van de resultaten plaatsvindt en waarbij de samenhang met de overige kenmerken van de groep verzekerden die in de subgroep polyfarmacie wordt ingedeeld wordt nagegaan.
- Bij een volgend groot onderhoud in een empirische analyse op ATC-5 niveau nagaan wat de verevenende werking is. In het huidige empirisch onderzoek worden vaak geen klinisch homogene subgroepen gevonden omdat de analyses op een te hoog aggregatieniveau zijn uitgevoerd.
- In een volgend groot onderhoud de stabiliteit van de FKG Pulmonale arteriële hypertensie nader onderzoeken.

- Bezien op welke wijze adequate compensatie kan worden gegeven voor de groep verzekerden met een zeldzame aandoening, bijvoorbeeld door middel van indeling in een DKG of door middel van een systeem van Hoge Risicoverevening.

FKG’s psychische aandoeningen (model geneeskundige GGZ)

Het groot onderhoud leidt tot het voorstel om geen wijzigingen aan te brengen in de psychische FKG’s. Wel hebben de deskundigen aangeven dat nader onderzoek naar de samenhang tussen de FKG’s voor psychose en voor bipolaire stoornis bij een volgende groot onderhoud gewenst is.

Ten aanzien van de specifieke onderzoeksvragen concluderen de onderzoekers het volgende:

1. Uit de gegevensanalyse en de bespreking daarvan met de deskundigen blijkt niet dat de prikkels van de splitsing van de FKG’s Bipolaire stoornis en Psychose tot een toename van de zwaardere FKG heeft geleid. Er is dus geen aanleiding de splitsingen te heroverwegen;
2. Met de beschikbare gegevens is het niet mogelijk om de vraag te beantwoorden of therapietrouw een voorspeller is van (hoge) vervolgkosten.

Conclusie en Advies

De WOR concludeert dat de voorgestelde wijzigingen in de FKG’s voor het somatische model leiden tot een aanzienlijke verbetering van de verevenende werking op individuniveau en op subgroepniveau. Op verzekeraarsniveau is sprake van een lichte afname van de verevenende werking. Dit wordt (mogelijk) veroorzaakt door het ontbreken van informatie van enkele verzekeraars over de add-ons. Het is daarom maar de vraag of dit negatieve effect ook optreedt in de OT, wanneer de ontbrekende informatie wel beschikbaar is.

De WOR adviseert om het vervolgonderzoek (de combinatie van het groot onderhoud FKG’s en leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria en de integrale doorrekening van alle nieuwe en verbeterde criteria [de zogenaamde pre-OT]) uit te voeren op basis van de voorgestelde nieuwe FKG-indeling (inclusief de aanpassing van de DDD-grens voor jongeren bij vijf FKG’s). De WOR adviseert geen wijzigingen aan te brengen in de psychische FKG’s.

De WOR constateert dat de drie V&V FKG’s voorspellende waarde hebben voor de vervolgkosten, maar dat ze eigenlijk niet bij de FKG’s passen omdat deze groepen geen specifieke chronische aandoening identificeren. Uitvoeringstechnisch is het complex omdat er geen WHO DDD’s zijn vastgesteld voor deze middelen. De WOR adviseert om medisch-inhoudelijke redenen de drie V&V FKG’s niet te betrekken in de pre-OT. De voorkeur gaat uit naar V&V t-1 als tijdelijk criterium.

De WOR adviseert de bovengenoemde aanbevelingen ten aanzien van de somatische FKG’s en de aanbeveling ten aanzien van de psychische FKG’s in ieder geval bij een volgend groot onderhoud te betrekken. De WOR merkt daarbij op dat de stabiliteit van de FKG Pulmonale arteriële hypertensie al kan worden beoordeeld in de OT (de WOR vraagt daarbij aandacht voor de representativiteit van de kosten) en adviseert daarnaast om het vervolgonderzoek naar polyfarmacie in het onderzoeksprogramma voor volgend jaar mee te nemen.

4. Advies naar aanleiding van *Leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria*

Inleiding

Onderhavig onderzoek richt zich op de vraag of het risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten en het risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten uitgebreid met de kosten voor verpleging & verzorging (V&V) verbeterd kan worden door een of meer farmaciekostengroepen (FKG's), diagnosekostengroepen (DKG's) of hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) leeftijdsafhankelijk te maken.

Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van een analyse per FKG, DKG en HKG (inclusief de afslagklassen) gericht op de heterogeniteit (van de meerkosten) binnen de betreffende klasse, de samenhang met leeftijd en het aantal verzekerden dat wordt ingedeeld in de betreffende klasse. Op basis van deze analyses is een uitsplitsing van de klassen naar leeftijd tot stand gekomen. De onderzoekers hebben op basis van deze uitsplitsing modellen geschat en de meerwaarde van de leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria beoordeeld.

In het onderzoek zijn twee kostendefinities gehanteerd: 1) de variabele zorgkosten, en 2) de variabele zorgkosten plus de kosten van verpleging en verzorging. Vanwege de samenhang met het criterium generieke somatische morbiditeit (GSM) is dit criterium in eerste instantie weggelaten en is de meerwaarde van GSM bovenop de leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria beoordeeld.

Resultaten

Model variabele zorgkosten

Uit het onderzoek volgt dat de heterogeniteit van de meerkosten lastig is te bepalen aan de hand van de vooraf gedefinieerde maatstaven (gemiddelde meerkosten, standaarddeviatie, variatiecoëfficiënt, Lorenzcurve en Gini-coëfficiënt). Ook twee alternatieve spreidingsmaten leveren geen duidelijke conclusie op ten aanzien van de heterogeniteit. Daarom is besloten alle klassen van voldoende omvang (alle klassen behalve DKG15 en HKG4) in het vervolg van het onderzoek te betrekken.

De analyse van de meerkosten naar leeftijd laat twee patronen zien. Als eerste dat de buitenste groepen (18- en 80+) vaak in absolute zin de hoogste gemiddelde meerkosten hebben. En ten tweede dat de meerkosten voor een deel van de klassen lijken af te nemen naarmate de leeftijd toeneemt. Uit oogpunt van praktische uitvoerbaarheid (geen wildgroei aan leeftijdsklassen) is besloten een uniforme leeftijdsindeling te hanteren voor alle klassen. Deze indeling is gebaseerd op genoemde analyse van de relatie tussen de heterogeniteit van de meerkosten en de leeftijd. In het onderzoek worden de volgende relevante leeftijdsgrenzen onderscheiden: 18 jaar, 45 jaar, 65 jaar en 80 jaar.

Op basis van deze leeftijdsgrenzen hebben de onderzoekers modellen geschat met standaard 2 (grens bij 65 jaar), 3 (grenzen bij 45 en 65 jaar), 4 (grenzen bij 45, 65 en 80 jaar) en 5 (grenzen bij 18, 45, 65 en 80 jaar) leeftijdsgroepen. Bij de doorrekening van de modellen is steeds een variant A opgenomen waarbij niet is gekeken naar de omvang van de leeftijdsgroepen en een variant B waarbij dat wel is gebeurd. Op basis van het model met 5 leeftijdsgroepen is ook een variant C met een op maat gemaakte indeling van de leeftijdsgroepen opgesteld, waarbij de onderzoekers leeftijdsgroepen samen hebben gevoegd indien de normbedragen weinig verschillen. In variant A gelden voor alle klassen dezelfde leeftijdsgroepen. In de varianten B en C is per klasse beoordeeld of leeftijdsgroepen samengevoegd moeten worden. Voor de meeste klassen leidt dit ertoe dat minder leeftijdsgroepen worden gehanteerd of helemaal geen onderscheid meer wordt gemaakt naar leeftijd.

Vanuit de begeleidingscommissie is een kanttekening geplaatst bij het leeftijdsafhankelijk maken van de DKG's (analyse zou op een ander niveau plaats moeten vinden) en HKG's (relatief nieuw en mogelijk nog onvoldoende stabiel). In het onderzoek zijn de DKG's en HKG's wel meegenomen.

Effect opname leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria

In het onderzoek worden drie groepen verzekerden onderscheiden: gezonde verzekerden (verzekerden die in FKG 0, DKG 0 en HKG 0 zijn ingedeeld), ongezonde verzekerden zonder overlap (verzekerden die in één FKG, DKG of HKG zijn ingedeeld) en ongezonde verzekerden met overlap (de rest)[2]. Het uitgangsmodel (model 2015) zonder GSM leidt tot overcompensatie van de groep gezonde verzekerden en tot overcompensatie van de groep ongezonde verzekerden met overlap ten koste van de groep ongezonde verzekerden zonder overlap.

De onderzoekers concluderen dat de op maat gemaakte indeling met vier leeftijdsgrenzen het best is. Het voorkomt een wildgroei aan groepen, en zorgt ervoor dat de groepenindeling voldoende toegespitst kan worden op de karakteristieken van specifieke morbiditeitscriteria. Ten opzichte van het uitgangsmodel 2015 zonder GSM leidt de opname van leeftijdsafhankelijkheid (zoals in dit model toegepast) niet tot grote wijzigingen in de verevende werking op individu-, subgroep- en verzekeraarsniveau. De R^2 op individuniveau neemt met 0,1% toe, de GGAA op subgroepniveau neemt met 4 af en op verzekeraarsniveau dalen de GGAA (met 0,2) en de bandbreedte (met 1,04).

Het onderzoek laat wel zien dat het resultaat voor de drie onderscheiden groepen (gezond, ongezond zonder overlap en ongezond met overlap) duidelijk verbetert. Voor de groep gezonde verzekerden daalt de overcompensatie van 13,9 naar 10,1 en voor de groep ongezonde verzekerden met overlap van 63,0 naar 37,2. Voor de ongezonde verzekerden zonder overlap neemt de ondercompensatie af van 110,6 naar 76,0. De verbetering is ook zichtbaar wanneer de drie onderscheiden groepen in vijf leeftijdsklassen worden opgedeeld.

Model inclusief kosten V&V

Het effect van de opname van leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria in het model geschat op de variabele zorgkosten plus de kosten V&V is in grote lijnen vergelijkbaar met het effect in het model geschat op de variabele zorgkosten. Op verzekeraarsniveau is echter sprake van een toename van de GGAA met 0,3 en van de bandbreedte met 5,1.

Toegevoegde waarde GSM

Toevoeging van de GSM aan het model met de leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria leidt tot beperkte verbetering van de verevenende werking op totaalniveau. In het model geschat op de variabele zorgkosten neemt op individuniveau de CPM toe met 0,05 en daalt de GGAA met 1,1. Op subgroepniveau daalt de GGAA met 0,9 en op verzekeraarsniveau daalt de GGAA met 0,1 en de bandbreedte met 3,05. Opname van de GSM zorgt ervoor dat de overcompensatie van de groep gezonde verzekerden weggenomen wordt[3]. De over-/ondercompensatie voor de groepen ongezond zonder overlap en ongezond met overlap draait om. De effecten voor het model geschat op de variabele zorgkosten plus de kosten V&V zijn vergelijkbaar.

Conclusies en aanbevelingen onderzoekers

Het onderzoek laat zien dat het leeftijdsafhankelijk maken van de morbiditeitscriteria geen meerwaarde heeft voor de verevenende werking op totaalniveau. De onderzoekers constateren dat de nieuwe vormgeving met leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria, zowel voor de modellen met als zonder V&V-kosten, verbetering oplevert in de zin dat de heterogeniteit in meerkosten tussen de leeftijdsgroepen binnen de groepen gezond, ongezond zonder overlap en ongezond met overlap sterk vermindert.

[2] De definitie van gezonde verzekerden wijkt dus af van de definitie die bij het vereveningscriterium GSM wordt gehanteerd. Een verzekerde moet daar immers ook in MHK 0 zijn ingedeeld om tot de groep gezonde verzekerden te worden gerekend.

[3] De gemiddelde meerkosten worden niet precies nul. Dit komt doordat de definitie van de groep gezonde verzekerden in dit onderzoek afwijkt van de definitie bij het criterium GSM.

De onderzoekers constateren dat deze vormgeving ook nadelen heeft. Het grote aantal extra variabelen komt de stabiliteit waarschijnlijk niet ten goede en ook de uitlegbaarheid neemt af.

De onderzoekers bevelen aan om nader onderzoek te doen naar verfijning van het GSM-criterium door uitbreiding van het aantal leeftijdsklassen (van 2 naar 5) en door splitsing van de groep ongezonde verzekerden in verzekerden zonder en verzekerden met overlap. Daarnaast raden de onderzoekers aan de impact van de comorbiditeit verder te onderzoeken en te verfijnen en het ontwikkelen van comorbiditeitsafhankelijke criteria in overweging te nemen.

Conclusie en Advies

De WOR constateert dat het leeftijdsafhankelijk maken van de morbiditeitscriteria op dit moment onvoldoende meerwaarde biedt. De WOR adviseert daarom in het geplande vervolgonderzoek waarin de uitkomsten van dit onderzoek worden gecombineerd met de uitkomsten van het groot onderhoud FKG's niet dezelfde exercitie nogmaals uit te voeren op de nieuwe set van FKG's. In plaats daarvan kan met het oog op het model voor 2016 onderzoek gedaan worden naar de verfijning van het vereveningscriterium GSM door meer leeftijdsklassen te onderscheiden en onderscheid te maken binnen de groep ongezonde verzekerden. De WOR adviseert hierbij ook het alternatief te onderzoeken waarbij alleen de afslagklassen van de verschillende morbiditeitscriteria leeftijdsafhankelijk worden gemaakt. Voor de langere termijn (model 2017 e.v.) adviseert de WOR meer en fundamenteler onderzoek te doen naar comorbiditeit.

5. Advies naar aanleiding van *Groot onderhoud DKG's*

Inleiding

De Diagnosekostengroepen (DKG's) vormen een belangrijk vereveningscriterium. Verzekerden worden op basis van declaraties voor ziekenhuisbehandelingen uit het voorgaande jaar ingedeeld in een DKG. De DKG's dienen chronische aandoeningen te identificeren die voorspellend zijn voor (hoge) toekomstige zorgkosten.

De huidige DKG's voor de somatische zorgkosten zijn gebaseerd op het groot onderhoud van 2012. Sinds 2012 zijn er belangrijke ontwikkelingen geweest.

De variabele (somatische) kosten die verevend worden zijn met circa 20% toegenomen door de overhevelingen van de geriatische revalidatiezorg en de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten, en het volledig risicodragend maken van alle DBC's en de meeste dure geneesmiddelen. Ook kosten van Verpleging en Verzorging (V&V) zijn per 2015 overgeheveld naar de Zvw en worden meegenomen in de ex ante verevening. De vereveningscriteria meerjarige hoge kosten groepen (MHK), hulpmiddelenkostengroepen (HKG) en generieke somatische morbiditeit (GSM) zijn aan het vereveningsmodel toegevoegd. Voorts is van belang dat de DOT-systematiek sinds 2012 is gewijzigd. En tenslotte zijn er mogelijk ontwikkelingen in de zorg, prijzen en prevalenties, die invloed kunnen hebben op de DKG's.

De ontwikkelingen sinds 2012 vormen de aanleiding om opnieuw groot onderhoud op de DKG's te doen.

In dit groot onderhoud zijn twee sets nieuwe DKG's ontwikkeld, namelijk voor de variabele (somatische) kosten inclusief V&V-kosten en voor de variabele (somatische) kosten exclusief de V&V-kosten.

Er is gebruik gemaakt van het bestand van de OT2015. Hierbij is de correctie in het OT2015-bestand voor de schadelastdip teruggedraaid, omdat deze dip eenmalig optreedt in 2015 (vanwege de verkorting van de DBC-doorlooptijd).

Resultaten

In de uitvoering van de risicoverevening worden de DKG's in twee stappen samengesteld. Allereerst worden op basis van ziekenhuisdeclaraties verzekerden ingedeeld naar Dxgroepen (medisch homogene groepen van aandoeningen) en in een tweede stap worden de Dxgroepen geclusterd naar DKG's.

Van belang voor de indeling in Dx groepen zijn de DBC-zorgproductcodes en de diagnose/behandel combinaties, die beiden op de ziekenhuisdeclaraties worden weergegeven. Van de huidige 143 Dxgroepen zijn er vier gebaseerd op DBC-zorgproducten en 139 op diagnose/behandelcombinaties.

Het onderzoek is in drie stappen gedaan. Allereerst zijn op het niveau van Dxgroepen verbeteringen aangebracht; zorgproductcodes of diagnose/specialisme combinaties kunnen niet meer relevant zijn of in een verkeerde Dx groep zitten en er kunnen nieuwe codes of diagnose/ combinaties relevant zijn geworden. De beoordeling hierbij gebeurt op basis van medisch inhoudelijke gronden en meerkosten. Bij een aantal diagnose/specialisme combinaties is ook gekeken naar een verdeling naar leeftijd. De meerkosten zijn bepaald voor twee kostendefinities, namelijk voor de variabele (somatische) kosten in- en exclusief de V&V-kosten. De meerkosten geven aan in welke mate de feitelijke kosten boven de verwachte kosten uitkomen[4].

---

[4] De verwachte kosten zijn hierbij bepaald op basis van leeftijd/geslacht, FKG en HKG. De andere criteria van het model (OT2015) AvI, SES, MHK en regio worden beschouwd als indirecte indicatoren en worden niet meegenomen bij de bepaling van de meerkosten. Hierdoor worden kostenverschillen in eerste instantie gerelateerd aan de directe indicatoren.

In de tweede stap zijn alle (deels nieuwe) Dxgroepen geclusterd naar nieuwe DKG's en in de derde stap zijn de gevolgen voor de verevenende werking nagegaan.

De eerste stap resulteert in 189 Dxgroepen. De belangrijkste veranderingen zijn:

- De Dxgroep voor chemotherapie wordt opgesplitst in 3 groepen
- Bij de Dx groep voor radiotherapie worden DBC's die betrekking hebben op consults weggelaten en er worden twee DBC's met aanzienlijke meerkosten als aparte Dxgroep meegenomen
- Circa 30 diagnose/behandelcombinaties worden naar een andere Dxgroep geplaatst
- Ruim 10 diagnose/behandelcombinaties worden verwijderd op basis van medisch inhoudelijke argumenten en/of lage meerkosten
- Nieuwe Dxgroepen vanwege de overhevelingen:
    - Dxgroep voor beperkte groep van fracturen bij 65+
    - Dxgroep voor CVA
    - Dxgroep voor dwarslesie bij revalidatiegeneeskunde
- Nieuwe Dxgroepen kindergeneeskunde:
    - Dxgroep voor oncologie
    - Dxgroep voor morfologische afwijkingen
    - Dxgroep voor retardatie
    - Toevoegen drie diagnose/behandelcombinaties voor epilepsie aan de bestaande Dxgroep voor epilepsie
- En nog 30 nieuwe Dxgroepen op basis van de overige diagnose/behandelcombinaties die eerder nog niet in een Dxgroep zaten (onder meer een nieuwe Dxgroep voor 50-plussers met pneumonie nno, urineweginfecties of pneumothorax).

In de tweede stap zijn de Dxgroepen geclusterd naar DKG's op basis van meerkosten. Er zijn DKG's gemaakt voor de variabele (somatische) kosten exclusief V&V en DKG's voor de de variabele (somatische) kosten inclusief V&V.

Er is geen eenduidig antwoord op de vraag hoeveel DKG's optimaal zijn. Daarom is om praktische redenen weer voor 15 DKG's gekozen. De 15 groepen verklaren 99,5% van de variatie in kosten tussen de Dxgroepen.

Voor de kosten exclusief V&V worden 9,8% van de verzekerden ingedeeld in een nieuwe DKG. De meerkosten voor deze groep bedraagt 2.304 euro. Bij de oude DKG's ging het om 9,0% van de verzekerden met meerkosten van 2.171 euro.

Voor de kosten inclusief V&V worden 9,4% van de verzekerden ingedeeld in een nieuwe DKG. De meerkosten voor deze groep bedraagt 2.536 euro, terwijl bij de oude DKG indeling 9,0% van de verzekerden werd ingedeeld met meerkosten van 2.264 euro. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de oude DKG indeling gebaseerd was op de somatische zorgkosten exclusief V&V-kosten.

De meerkosten van de verzekerden die niet in een DKG worden ingedeeld, maar wel tenminste één DBC hebben daalt door de nieuwe DKG indeling van 171 naar 88 euro exclusief V&V en van 161 naar 59 euro inclusief V&V.

In de derde stap is de verevenende werking van de nieuwe DKG's beoordeeld. Hierbij zijn de uitkomsten vergeleken met het model uit de OT 2015, maar dan geschat op de kosten waar geen correctie vanwege de schadelastdip is toegepast.

De belangrijkste conclusies zijn:

- De normbedragen lopen monotoon op met het nummer van de DKG (met uitzondering van de DKG 2 voor de variabele kosten exclusief V&V)
- De normbedragen voor de afslagklasse DKG0 komen 30 euro lager uit; dit betekent dat via de nieuwe DKG's circa 450 mln meer wordt verevend van gezonde naar ongezonde verzekerden dan via de oude DKG's
- In termen van de hoeveelheid geld die verevend wordt neemt door de nieuwe DKG's het belang van GSM en MHK af. Het belang van FKG's neemt daarentegen juist toe.
- Op elk niveau blijken de normkosten beter aan te sluiten op de werkelijke kosten. Dit blijkt onder meer uit:
    - De R^2 op individueel nivo verbetert met 0,4 procentpunt
    - De bandbreedte tussen de groepen met de 15% hoogste en 15% laagste kosten daalt met 16 en 14 voor respectievelijk variabele kosten inclusief en exclusief V&V
    - De bandbreedte van de resultaten van verzekeraars daalt met 3 euro bij de variabele kosten en met 6 euro bij de variabele kosten inclusief V&V

Als laatste is onderzocht wat de effecten zijn van een leeftijdsafhankelijke afslagklasse ("DKG0"). De afslagklasse is hierbij nader verdeeld in vijf leeftijdscategoriën: 0-17, 18-44, 45-64, 65-80 en 80 jaar ouder. De leeftijdsafhankelijkheid geeft geen verbetering van de verevenende werking en de patronen bij de normbedragen zijn niet goed te verklaren.

Conclusie en Advies

De WOR adviseert om de wijzigingen conform het onderzoek toe te passen en de nieuwe DKG's, gebaseerd op de variabele somatische kosten inclusief V&V kosten, te gebruiken in de pre-OT.

De voorgestelde leeftijdsafhankelijke Dxgroepen zijn een verbetering, omdat het aandoeningen betreft die juist ook (nagenoeg alleen) voorkomen in de specifieke leeftijdscategoriën. Dit geldt in mindere mate voor fracturen bij 65+-ers, maar bij deze nieuwe Dxgroep worden alleen fracturen geselecteerd die een invaliderend karakter hebben en hiermee een indicator vormen voor fragiliteit.

De WOR gaat daarom akkoord met gebruik van deze groep in de DKG-indeling voor 2016. Wel wil de WOR voor de latere jaren een goed onderzoek naar de eigenschap van chroniciteit van aandoeningen die ingedeeld worden in de DKG's.

Dit onderzoek geeft geen aanleiding om de afslagklasse van de DKG's (de DKG0) leeftijdsafhankelijk te maken. Belangrijkste reden hiervoor is dat de gevonden normbedragen niet goed te verklaren zijn. Ook de verevenende werking verandert niet of nauwelijks bij toepassing van de leeftijdsafhankelijkheid.

6. Advies naar aanleiding van *Leeftijdsafhankelijke (co)morbiditeit*

Inleiding

In haar advies over het onderzoek naar leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria heeft de WOR geconcludeerd dat het leeftijdsafhankelijk maken van morbiditeitscriteria op dit moment onvoldoende meerwaarde biedt (WOR 723). De WOR heeft geadviseerd voor de langere termijn (model 2017 e.v.) meer en fundamenteler onderzoek te doen naar comorbiditeit en met het oog op het model voor 2016 onderzoek te doen naar het verfijnen van het vereveningskenmerk GSM door meer leeftijdsklassen te onderscheiden en onderscheid te maken naar comorbiditeit binnen de groep ongezonde verzekerden. De WOR heeft daarbij geadviseerd tevens het alternatief te onderzoeken waarbij alleen de afslagklassen van de morbiditeitscriteria leeftijdsafhankelijk gemaakt worden.

In deel I van dit onderzoek zijn beide modelleringen onderzocht. In deel II van het onderzoek is in beeld gebracht wat de effecten zijn van het betrekken van het kenmerk fysiotherapiegebruik t-1 (voor 18+) bij het bepalen van het onderscheid naar morbiditeit binnen het vereveningskenmerk GSM. In het onderzoek zijn twee kostendefinities gehanteerd: 1) de variabele zorgkosten, en 2) de variabele zorgkosten plus de kosten van verpleging en verzorging.

Resultaten

In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt naar leeftijd en naar morbiditeit. Voor het onderscheid naar leeftijd wordt aangesloten bij de onderverdeling die ook in het onderzoek naar leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria is gebruikt, namelijk de volgende vijf groepen: jonger dan 18 jaar, 18 tot 45 jaar, 45 tot 65 jaar, 65 tot 80 jaar en 80 jaar en ouder[5].

Voor de indeling van verzekerden naar morbiditeit wordt aangesloten bij de definitie die binnen het vereveningscriterium GSM wordt toegepast, dat wil zeggen op basis van FKG, DKG, HKG én MHK[6]. De verzekerden met morbiditeit worden bij de verfijning van de GSM opgedeeld in de groepen morbiditeit zonder overlap (één FKG of een DKG of een HKG of MHK) en morbiditeit met overlap (meerdere FKG's of een combinatie van FKG, DKG, HKG en MHK). In deel II van dit onderzoek wordt bij het maken van onderscheid naar morbiditeit ook het criterium fysiotherapiegebruik in het voorgaande jaar betrokken.

<u>Deel I (leeftijdsafhankelijke afslagklassen en verfijning GSM)</u>

Leeftijdsafhankelijke afslagklassen

Het onderzoek laat zien dat door het leeftijdsafhankelijk maken van de afslagklassen van FKG, DKG, HKG en MHK de verevenende werking op verzekerde-, subgroep- en verzekeraarsniveau verslechtert[7]. Zo neemt (ten opzichte van het uitgangsmodel 2015 zonder GSM) de R^2 op individuniveau af van 22,5% naar 22,4%. Op subgroepniveau neemt de GGAA toe van 538,9 naar 560,5 en op verzekeraarsniveau neemt de GGAA toe van 25,0 naar 26,1 en de bandbreedte van 208,9 naar 224,6. De normbedragen laten wel voor elk van de vier morbiditeitscriteria het verwachte verloop zien.

Het resultaat voor de drie onderscheiden groepen verslechtert ook. De overcompensatie van verzekerden zonder morbiditeit neemt toe van 22 naar 39 euro. Voor verzekerden met morbiditeit neemt de ondercompensatie toe (van 115 naar 177 euro voor de groep zonder overlap en van 13 naar 67 euro voor de groep met overlap). De verslechtering is ook zichtbaar wanneer de drie onderscheiden groepen naar leeftijd worden uitgesplitst.

---

[5] Zie WOR 723 voor een toelichting.

[6] De definitie van verzekerden met/zonder morbiditeit wijkt dus af van de definitie die in het onderzoek naar leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria (WOR 722) is gebruikt omdat nu ook MHK hierbij wordt betrokken.

[7] Dit lijkt op het eerste gezicht contra-intuïtief: de normbedragen hoeven namelijk niet meer voor elke leeftijdsgroep gelijk te zijn. Echter: in het model zonder leeftijdsafhankelijkheid in de FKG's is een restrictie opgenomen dat normbedragen x verzekerdenjaren over alle FKG's optelt tot nul. Deze restrictie wordt nu per leeftijdsgroep opgelegd. Dit is een strengere eis.

Verfijning GSM

Verfijning van het vereveningscriterium GSM naar de vijf genoemde leeftijdsgroepen en de drie genoemde morbiditeitsgroepen leidt niet tot grote wijzigingen in de verevenende werking op individu-, subgroep- en verzekeraarsniveau. Het zorgt er logischerwijs wel voor dat de over-/ondercompensatie voor de vijftien onderscheiden subgroepen wordt weggenomen. Ook wanneer gekeken wordt naar drie leeftijdsgroepen (jonger dan 25 jaar, 25 tot 69 jaar en 70 jaar en ouder) is een duidelijke vermindering van onder- en overcompensaties waarneembaar. Zo neemt in de categorie ongezond met overlap de ondercompensatie voor verzekerden jonger dan 25 jaar af van 1.833 euro naar 255 euro en voor verzekerden tussen 25 en 69 jaar van 129 euro naar 5 euro. Voor verzekerden van 70 jaar en ouder in deze categorie neemt de overcompensatie af van 78 euro naar 21 euro.

Model inclusief kosten V&V

Het effect van de opname van leeftijdsafhankelijke morbiditeitscriteria in het model geschat op de variabele zorgkosten plus de kosten V&V is in grote lijnen vergelijkbaar met het effect in het model geschat op de variabele zorgkosten.

<u>Deel II (effect opname fysiotherapiegebruik t-1)</u>

Opname fysiotherapiegebruik t-1

Gebruik van het vereveningscriterium fysiotherapie t-1 (als zelfstandig criterium en voor het onderscheid naar morbiditeit bij het criterium GSM) zorgt voor een lichte verbetering van alle beoordelingsmaatstaven op individu-, subgroep- en verzekeraarsniveau. Dit geldt zowel voor het model met de huidige GSM als voor het model met de verfijnde GSM. Het gevonden effect kan niet uitgesplitst worden naar het effect van opname van het vereveningscriterium fysiotherapiegebruik t-1 en betrekken van dat criterium bij het maken van onderscheid in morbiditeit binnen het criterium GSM, maar de gevonden uitkomsten liggen in lijn met die uit het onderzoek naar de voorspellende waarde van het gebruik van fysiotherapie (WOR 712). Dit laat zien dat ook bij een model met een verfijnde GSM fysiotherapiegebruik t-1 zijn "eigen" meerwaarde blijft behouden.

Model inclusief kosten V&V

Ook hier geldt dat het effect voor het model geschat op de variabele zorgkosten plus de kosten V&V in grote lijnen vergelijkbaar is met het effect in het model geschat op de variabele zorgkosten. De normbedragen laten wel een wat grilliger beeld zien. Dit beeld kan wijzigen als V&V t-1 in het model wordt meegenomen. Er is op dit moment geen aanleiding om op basis hiervan het aantal klassen terug te brengen.

Conclusie en Advies

De WOR constateert dat het leeftijdsafhankelijk maken van de afslagklassen van de morbiditeitscriteria in tegenstelling tot de verfijning van de GSM geen meerwaarde biedt. De WOR adviseert daarom om de leeftijdsafhankelijke afslagklassen niet te betrekken in de integrale doorrekening van alle nieuwe en verbeterde criteria (de zogenaamde pre-OT) en wel de verfijnde GSM mee te nemen, waarbij de genoemde vijf leeftijds- en drie morbiditeitsgroepen worden onderscheiden. De WOR adviseert daarbij het onderscheid naar morbiditeit mede te baseren op fysiotherapiegebruik in het voorgaande jaar indien dit vereveningskenmerk in het model wordt opgenomen. Voor de langere termijn (model 2017 e.v.) handhaaft de WOR haar advies om meer en fundamenteler onderzoek te doen naar comorbiditeit (WOR 723). De WOR vraagt daarbij aandacht voor de planning zodat er voldoende tijd is om het onderzoek zorgvuldig uit te kunnen voeren.

7. Advies naar aanleiding van *Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de kosten van verpleging en verzorging*

Inleiding

Per 2015 is de aanspraak verpleging & verzorging (V&V) ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. Voor 2015 geldt een apart risicovereveningsmodel met daarin de vereveningskenmerken leeftijd/geslacht, meerjarige hoge kosten (MHK, gebaseerd op de variabele zorgkosten) en een V&V-regio.

In het huidige onderzoek wordt allereerst onderzocht in hoeverre het gebruik van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) in een voorgaand jaar samenhangt met zorgkosten in een bepaald jaar, en of een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van deze zorg de risicoverevening voor de variabele zorgkosten en V&V kan verbeteren. Daarnaast wordt de uitwerking van enkele varianten van ex post compensaties empirisch getoetst.

Resultaten

Samenhang van kosten GRZ met overige variabele zorgkosten en V&V

Een klein deel van de verzekerden maakt gebruik van GRZ (0,03%, ca 45.000 verzekerden). De gemiddelde zorgkosten van GRZ gebruikers t-1 liggen aanzienlijk hoger dan voor niet-GRZ-gebruikers; dit geldt voor zowel GRZ, V&V, en voor de overige variabele kosten. Bij GRZ-gebruikers t-1 is de kans op V&V-kosten in jaar t groter dan de kans op GRZ-kosten, hetgeen duidt op een grote samenhang tussen GRZ en V&V. Na beëindiging van GRZ zal veelal V&V thuis nodig zijn. Er is ook sprake van een grote samenhang binnen een jaar: van de GRZ-gebruikers in t-1 maakt 62% ook gebruik van V&V in t-1. Uit de hoogte van de meerkosten blijkt dat de vereveningsmodellen gebruikt in de OT 2015 de kosten van GRZ-gebruikers voor een deel compenseren, maar niet volledig (er geldt een voorspelbaar verlies van € 3.896 voor de variabele zorgkosten en een voorspelbaar verlies van € 1.521 voor V&V).

Vereveningskenmerk GRZ t-1 in het risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten plus V&V

In het tweede deel wordt onderzocht of de verevenende werking van het risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten plus kosten V&V verbetert zodra het vereveningskenmerk GRZ t-1 wordt toegevoegd. Uitgangsmodel is het model van de OT 2015 plus het kenmerk V&V t-1 (zie WOR 713, model 2c). Als aan dit uitgangsmodel het kenmerk GRZ t-1 wordt toegevoegd (wel/niet; model 2a) is er een kleine verbetering van de maatstaven op verzekerdenniveau en geen verbetering van de maatstaven op subgroep- of verzekeraarsniveau zichtbaar. Het normbedrag van de groep met GRZ in t-1 is behoorlijk (€ 4.027). De totale meerkosten van de GRZ-gebruikers bedragen ongeveer € 181 mln.

Vanwege de overlap tussen GRZ in t-1 en V&V in t-1 zijn vervolgens deze vereveningskenmerken samengevoegd in verschillende categorieën van samengevoegde kosten GRZ en V&V (modelvariant 3b). Het model met een geïntegreerd V&V/GRZ t-1 presteert marginaal slechter op de verevenende werking op verzekerden- en subgroepniveau en marginaal beter op de verevenende werking op verzekeraarsniveau dan de modelvariant met een afzonderlijke GRZ t-1 en V&V t-1 (modelvariant 2a). Door het samenvoegen van de kosten van V&V en GRZ in verschillende kostencategorieën worden gebruikers van GRZ t-1 voorspelbaar winstgevend (voorspelbare winst van € 3.462). Om dit te voorkomen, kan GRZ t-1 als apart vereveningskenmerk opgenomen worden of kan GRZ t-1 als extra klasse toegevoegd worden aan het vereveningskenmerk V&V t-1; waarbij de restrictie kan worden opgelegd dat alleen verzekerden die geen kosten V&V hebben in t-1 en wel kosten GRZ in t-1 in deze klasse vallen.

Ex post compensaties

In het onderzoek zijn drie varianten van ex post compensaties empirisch getoetst. Twee varianten hebben betrekking op het risicovereveningsmodel met de variabele zorgkosten plus kosten V&V (hoge kosten compensatie en overheveling van een bepaald percentage van de kosten V&V naar de variabele zorgkosten). De derde variant betreft de bandbreedteregeling voor een apart deelbedrag voor V&V. In alle risicovereveningsmodellen is het kenmerk V&V/GRZ t-1 (modelvariant 3b) opgenomen.

In de eerste variant wordt hoge kosten compensatie (HKC) toegepast op de kosten V&V. De HKC-pool wordt gefinancierd uit de vaste kosten en dus volledig nagecalculeerd. De omvang van de HKC-pool is gebaseerd op het bedrag dat in de OT 2015 omging in de ex post (8% van de V&V kosten) en een halvering daarvan (4%). De bijbehorende drempelwaarden zijn € 25.437 en € 36.297. Uit de resultaten blijkt dat niet alle verzekeraars met een negatief resultaat profiteren van toepassing van HKC. Van de acht verzekeraars met een negatief ex ante resultaat wordt bij een viertal het resultaat door toepassing van HKC nog negatiever. Omgekeerd geldt ook dat er van de achttien verzekeraars met een positief ex ante resultaat elf profiteren van de toepassing van HKC.

In de tweede variant wordt per verzekerde een bepaald percentage van de kosten V&V overgeheveld naar de variabele zorgkosten waarmee het onder de risicodragende kosten valt, en wordt het complement geschaard onder de vaste zorgkosten. Het percentage dat overgeheveld wordt is geënt op de bandbreedte van de OT 2015 (217), en bedraagt 75,4%. In een tweede subvariant is het percentage overgehevelde kosten verhoogd naar 87,7%. Van de acht verzekeraars met een negatief resultaat wordt bij vijf het resultaat nog negatiever. Omgekeerd geldt dat er van de achttien verzekeraars met een positief resultaat er vier profiteren van het beperkt overhevelen van de kosten V&V.

De derde variant is de bandbreedteregeling, gebaseerd op een apart deelbedrag voor V&V. In het uitgangsmodel zijn dezelfde vereveningskenmerken opgenomen als in het risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten conform OT 2015 en een vereveningskenmerk gebaseerd op V&V/GRZ t-1[8]. De verevende werking van dit model is op alle niveaus fors verbeterd ten opzichte van het V&V-model dat gebruikt is in de OT 2015 (de R^2 stijgt bijvoorbeeld van 9,2% naar 39,9% en de bandbreedte op verzekeraarniveau daalt van 90 naar 25). Toevoeging van de dummy's van de 32 zorgkantoren aan dit model (dus naast de somatische regio) heeft een nadelig of geen effect op de verevende werking op verzekerden- en subgroepniveau, en een licht positief effect op de GGAA en bandbreedte op verzekeraarsniveau (de laatste daalt van 25 naar 19). Bij deze resultaten moet wel de kanttekening gemaakt worden dat clustering van de zorgkantoorregio's in een V&V-regio met vijf categorieën waarschijnlijk gepaard gaat met een verlies van de verevenende werking en dat de somatische regio van de OT 2015 is gebruikt, die geënt is op de variabele zorgkosten, en niet op de kosten V&V en daardoor minder optimaal is voor V&V dan zou kunnen.

De bandbreedteregeling grijpt in op het resultaat van verzekeraars met een resultaat buiten de bandbreedte (hetzij positief, hetzij negatief). Bij een bandbreedteregeling van +/- € 5 en 95% nacalculatie buiten de bandbreedte, zijn er drie verzekeraars met een negatief resultaat die profiteren van de bandbreedteregeling en zes verzekeraars met een positief resultaat die nadeel ondervinden van de bandbreedteregeling[9]. Het resultaat van de andere verzekeraars blijft ongemoeid. Bij toepassing van een bandbreedteregeling van +/-€ 8,80 en 95% nacalculatie buiten de bandbreedte geldt dat de bandbreedteregeling effectief halverwege afschaffing zit. Er zijn dan nog twee verzekeraars met negatieve resultaten die profiteren van de bandbreedteregeling en een verzekeraar die daar nadeel van ondervindt. Het resultaat van de andere verzekeraars blijft ongemoeid. Het totaal van de kosten V&V dat in de bandbreedteregeling omgaat, is 0,5% bij een bandbreedteregeling van +/- € 5 en 0,1% bij een bandbreedteregeling van +/-€ 8,80 en 95% nacalculatie buiten de bandbreedte. Dit is een forse daling ten opzichte van de OT 2015: toen ging 8% van de kosten V&V om in de bandbreedteregeling (met parameters +/- € 5 en 95%).

[8] Het model is geschat met OLS; de restrictie op niet voorkomen van negatieve geschatte kosten is dus niet toegepast.
[9] Gebaseerd op het V&V-model exclusief zorgkantoorregio.

Conclusie en advies

De WOR concludeert dat het toevoegen van een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruikers van GRZ in t-1 een beperkte toegevoegde waarde heeft voor de verevenende werking van de risicovereveningsmodellen voor de variabele zorgkosten en voor de variabele zorgkosten plus kosten V&V. Vanuit de verbetering van de verevenende werking acht de WOR toevoeging van een vereveningskenmerk gebaseerd op GRZ t-1 onnodig. Omwille van het wegnemen van voorspelbare verliezen kan toch gekozen worden om een vereveningskenmerk gebaseerd op GRZ-gebruik in t-1 op te nemen. Daarom adviseert de WOR om in de pre-OT een variant te onderzoeken waarbij GRZ t-1 als extra klasse wordt op genomen in het vereveningskenmerk V&V t-1. In de pre-OT moet bezien worden of de gebruikers van GRZ in t-1 nog steeds voorspelbaar verlieslatend zijn in een model met morbiditeitskenmerken waarop dit jaar groot onderhoud heeft plaatsgevonden (FKG, DKG). Daarnaast vraagt de WOR aandacht voor wijzigingen in de financiering van GRZ. Sinds de overheveling naar de Zvw (per 2013) wordt gedeclareerd in DBC-zorgproducten.

Uit de analyses van de ex post compensaties blijkt dat op verzekeraarsniveau de bandbreedteregeling vanuit technisch oogpunt een superieur effect heeft ten opzichte van de andere twee (de HKC en het overhevelen van een bepaald percentage van de V&V-kosten). De werking van de bandbreedteregeling is heel gericht: verzekeraars met een zeer positief resultaat worden afgeroomd en verzekeraars met zeer negatief resultaat worden gecompenseerd; bij de rest van de verzekeraars blijft het resultaat ongemoeid. Voor de HKC en het overhevelen van een bepaald percentage van de kosten geldt dat zij effect hebben op het resultaat van vrijwel alle verzekeraars, ongeacht of zij, gezien hun resultaat, ex post compensaties nodig hebben. Indien de minister ex post compensatie toe wil passen op de kosten V&V in 2016, adviseert de WOR op basis van de technische werking van de onderzochte ex post compensatiemechanismen het gebruik van de bandbreedteregeling op een apart deelbedrag voor V&V.

De WOR concludeert dat de verevenende werking van het vereveningsmodel voor V&V sterk is verbeterd door toevoeging van alle somatische vereveningskenmerken en het kenmerk V&V/GRZ t-1. Dit komt ook tot uiting in het materiële effect dat de bandbreedteregeling heeft: in het huidige onderzoek gaat nog 0,5% van de kosten V&V om in de bandbreedteregeling, terwijl dat in de OT 2015 8% was (bij gelijke parameters, +/- € 5 en 95% nacalculatie buiten de bandbreedte).

De WOR concludeert dat de toevoeging van een V&V-regio, gebaseerd op de zorgkantoorregio's, geen effect heeft op de verevenende werking, met uitzondering van een verbetering van de bandbreedte en GGAA op verzekeraarniveau. Het is goed mogelijk dat deze verbetering voor een belangrijk deel teniet wordt gedaan door de clustering van de zorgkantoorregio's in een V&V-regio en door de somatische regio tevens te baseren op de V&V-kosten. Daarnaast is de inhoudelijke interpretatie van de toegevoegde waarde van V&V-regio naast een vereveningskenmerk gebaseerd op V&V t-1 lastig. De WOR adviseert om de toegevoegde waarde van een V&V-regio, gebaseerd op clusters van zorgkantoorregio's, in de pre-OT nader te onderzoeken voor het deelbedrag V&V.

8. Advies naar aanleiding van *Doorontwikkeling van de risicovereveningsmodellen voor de geneeskundige en langdurige GGZ*

Inleiding

Per 2015 is de langdurige GGZ (lGGZ) overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw. De lGGZ is gedefinieerd als het tweede en derde jaar intramurale GGZ-zorg gericht op behandeling en herstel (het B-pakket). Dat betekent dat intramurale zorg gericht op behandeling en herstel vanaf 1 januari 2015 gedurende de eerste drie jaar onder de Zvw valt. Na een aaneengesloten verblijf van drie jaar in een psychiatrische kliniek gaan cliënten over naar de Wet langdurige zorg (Wlz).

In de OT 2015 is een risicovereveningsmodel voor de lGGZ doorgerekend met daarin een aantal vereveningskenmerken uit het bestaande risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ (gGGZ). De verevenende werking van dit model is beperkt. De kosten van de lGGZ zijn daarom per 2015 onder de vaste kosten geschaard. Om de lGGZ risicodragend uit te kunnen voeren, dient het risicovereveningsmodel voor de lGGZ verbeterd te worden. Het eerste deel van het huidige onderzoek bekijkt in hoeverre de risicoverevening voor de lGGZ verbetert als het model uitgebreid wordt met een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van intramurale GGZ-zorg in het voorgaande jaar. Daarnaast is de werking van de compensatie via een forfaitair bedrag onderzocht (waarbij een vast bedrag per verblijfsdag in jaar t wordt uitgekeerd).

Het tweede deel van het onderzoek bekijkt de samenhang tussen de somatische zorg, de gGGZ en de lGGZ, en de effecten op de verevenende werking als de verschillende risicovereveningsmodellen worden samengenomen.

Resultaten

Risicoverevening langdurige GGZ

De gegevens over de lGGZ zijn afkomstig uit verschillende bronnen (over 2009-2011 van CIZ/CAK en over 2012 van Vektis). Uit het onderzoek blijkt dat de aansluiting tussen deze twee gegevensbronnen en tussen de Zvw-declaraties onvolkomen is. Ongeveer 22% van de verzekerden met kosten in de langdurige GGZ 2012 heeft een niet plausibel zorgtraject in 2009-2011 (bijv. geen kosten gGGZ of lGGZ in 2011 en/of in 2010). Het percentage verzekerden met niet plausibele zorgtrajecten is ongelijk verdeeld over de verzekeraars en varieert tussen de 0% en 50%. Hoe verstorend de inconsistenties in de gegevens werken, hangt af van de precieze operationalisatie van het vereveningskenmerk intramurale GGZ-zorg in t-1, en dat maakt het lastig om een goede vergelijking te maken tussen verschillende operationsalisaties van een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van intramurale GGZ-zorg in t-1.

Ondanks de data-inconsistenties toont het onderzoek aan dat de verevenende werking van het risicovereveningsmodel voor de lGGZ fors verbetert door toevoeging van een vereveningskenmerk gebaseerd op GGZ-zorg in t-1, met name op verzekerdenniveau, zie tabel 1. Door dit vereveningskenmerk worden de volgende groepen verzekerden onderscheiden (variant 1b):

a) Langdurige GGZ t-1 (normbedrag € 35.922)
b) DBC gGGZ t-1 met verblijf >= 252 dagen (normbedrag € 14.602)
c) Langdurige GGZ t-1 en t-2 en t-3 (normbedrag € -34.036)
d) Geen van bovenstaande (normbedrag € -29)

Groep c) ontvangt een negatief normbedrag omdat de GGZ-kosten van deze groep ten laste komen van de Wlz.

Tabel 1: Verevenende werking verschillende modelvarianten lGGZ

		Vereveningskenmerk t-1		Forfaitair bedrag	
Maatstaf	Uitgebreid	Variant	Variant 1b excl.	Eén vast	Differentiatie naar
Individueel niveau					
R^2 (x 100)	2	32,9	33,7	82,7	88,0
CPM	2,8	37,8	37,7	84,0	86,8
GGAA	46,1	29,5	28,7	7,6	6,3
Verzekeraarsniveau					
Minimum resultaat	-53,3	- 53,9	-6,5	-8,8	-7,5
Maximum resultaat	17,3	8,0	8,0	4,3	5,3
Bandbreedte resultaat	70,6	62,0	14,5	13,1	12,8
GGAA	6,1	2,8	2,3	1,4	1,1
R^2 (x 100)	76,7	82,8	95,9	98,3	98,8
GGARV		3,9	4	2,6[c]	2,6[c]
Subgroepniveau[b]					
GGAA (N=124 duizend)	38,4	21,7	21,3	5,1	4,1

[a] Model met daarin alle vereveningskenmerken van de gGGZ
[b] Subgroepen van het uitgebreide Uitgangsmodel
[c] Ten opzichte van model 1b

Op verzekeraarsniveau kan het resultaat van modelvariant 1b niet betrouwbaar worden vastgesteld vanwege dataproblemen. Als twee verzekeraars met het hoogste percentage implausibele zorgtrajecten buiten beschouwing worden gelaten, is ook op verzekeraarsniveau een forse verbetering van de verevenende werking te zien. Gerelateerd aan de kosten per verzekerde (€ 24), is de bandbreedte van € 14,50 op verzekeraarsniveau nog steeds behoorlijk groot.

De normbedragen van de FKG's psychische aandoeningen, GGZ-regio (uit het gGGZ-model), AVI, en eenpersoonsadres worden op 0 euro gezet. Deze kenmerken voegen niets toe naast het kenmerk 'intramuraal gebruik GGZ t-1'. De normbedragen van leeftijd/geslacht, MHK, DKG's psychische aandoeningen en SES worden sterk gereduceerd.

Het hanteren van een forfaitair bedrag laat nog sterker een verbetering zien van de verevenende werking. De variant waarbij in het forfaitaire bedrag onderscheid gemaakt wordt naar B-pakket en wel/niet dagbesteding heeft een betere verevenende werking op alle niveaus dan het hanteren van één bedrag. Er blijft echter op alle drie niveaus verschil bestaan tussen verwachte kosten en werkelijke kosten als gevolg van variatie rondom de gemiddelde kosten.

Een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik in een voorgaand jaar heeft een zekere ongewenste prikkelwerking omdat het de consumptie van zorg kan stimuleren. De prikkelwerking wordt gemitigeerd omdat het eerste jaar verblijf voor de verzekeraar verlieslatend is, aangezien de kosten van het eerste jaar intramuraal verblijf (rond de € 90.000) niet worden gedekt door het gGGZ-model, ook niet bij maximale compensatie (37.466 euro). Daarnaast zijn de normbedragen van het vereveningskenmerk t-1 (ca € 36.000 en ca € 15.000) niet kostendekkend voor een heel jaar verblijf omdat veel verzekerden niet een compleet jaar opgenomen zijn, maar gedurende het jaar in- en/of uitstromen. De verzekeraar blijft dus een prikkel houden om verzekerden uit te laten stromen. Het is voorstelbaar dat er een prikkel ontstaat om te wachten met ontslag uit een instelling bij de kalenderjaargrens (1 januari) of bij de overgang van de gGGZ naar de lGGZ zodat in het jaar erop de vereveningsbijdrage hoger is. Dit zou kunnen worden voorkomen door een drempel voor de kosten langdurige GGZ in te bouwen.

De prikkelwerking van het hanteren van een forfaitair bedrag is discutabel omdat de verzekeraar geen prikkel heeft om verzekerden uit de lGGZ te laten stromen, wat haaks staat op de ambulantiseringsagenda in de GGZ. Daarnaast doorkruist het een van de belangrijkste uitgangspunten in de risicoverevening, namelijk het hanteren van een voorspelmodel.

Samenvoegen modellen

Het tweede deel van het onderzoek betreft de samenvoeging van het model voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ. Samenvoeging van de modellen heeft een beperkte verbetering van de verevenende werking tot gevolg. Uit analyses van samenloop van zorgkosten is duidelijk dat gebruikers van de GGZ vaker (hoge) somatische zorgkosten hebben dan niet-gebruikers. Andersom is het verband veel minder sterk. Dat betekent, dat vereveningskenmerken die ontwikkeld zijn voor de gGGZ in een aantal gevallen ook somatische zorgkosten voorspellen (zoals de DKG's psychische aandoeningen en de MHK GGZ). Een ander deel van deze verbetering is terug te voeren op het hanteren van leeftijdsspecifieke (18- en 18+) normbedragen voor de somatische zorg, noodzakelijk om de modellen te integreren[10]. Een voordeel van het samenvoegen van de variabele zorgkosten en de kosten gGGZ is dat er bij vrijwel geen verzekerden negatieve geschatte kosten voorkomen. Een nadeel is dat de eventuele verlies- of winstgevendheid van bepaalde subgroepen voor de gGGZ minder zichtbaar wordt als kosten samengenomen worden.

Conclusies en advies

De WOR concludeert dat de verevenende werking op individuniveau en subgroepniveau fors verbetert zodra een vereveningskenmerk gebaseerd op intramurale zorg in t-1 wordt toegevoegd aan het risicovereveningsmodel voor de langdurige GGZ. De mate waarin de verevening op verzekeraarsniveau verbetert kan niet betrouwbaar worden vastgesteld vanwege data-inconsistenties. Het hanteren van een forfaitair bedrag verbetert de verevenende werking sterker op alle drie niveaus.

In het kader van de data-inconsistenties en de ambulantisering die in de GGZ gaande is, vraagt de WOR aandacht voor de representativiteit van de gegevens voor de bepaling van de normbedragen en de verzekerdenaantallen. Daarnaast vraagt de WOR aandacht voor eventuele nadelige prikkelwerking van het vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik t-1 en het hanteren van een forfaitair bedrag. De WOR constateert dat met een forfaitair bedrag wordt afgestapt van een fundamenteel uitgangspunt dat de risicoverevening moet compenseren voor voorspelbare kosten.

Voor de lGGZ adviseert de WOR om op korte termijn (vóór de OT) vervolgonderzoek uit te voeren ten behoeve van de risicoverevening 2016. In het vervolgonderzoek moeten de volgende punten aan bod komen:

- Enkele varianten uit onderzoek herschatten op nieuwe data (Vektis 2013) waardoor bekeken kan worden of de data-inconsistenties verminderd of verholpen kunnen worden. De varianten die herschat worden, zijn:
    - Modelvariant 1b
    - Uniform forfaitair bedrag
    - Forfaitair bedrag uitsplitsen naar ZZP en wel/geen dagbesteding
- Overgangsrecht in de data simuleren (bestaande cliënten 2014 met een GGZ-B-indicatie behouden rechten en zijn naar de Wlz overgegaan, daar is in het huidige onderzoek nog geen rekening mee gehouden)
- Inbouwen van een drempel bij de definitie van 'lGGZ in t-1'
- Uitsplitsen van de groep 'lGGZ in t-1' naar ZZP en eventueel wel/geen dagbesteding
- Beperken van de modelspecificatie tot leeftijd/geslacht en 'gebruik intramurale GGZ t-1'

[10] De GGZ-kosten die onder de Zvw vallen betreffen immers uitsluitend de kosten van 18-pussers. Indien de normbedragen voor de somatisch kenmerken niet gedifferentieerd worden naar leeftijdsklassen, kunnen somatische vereveningskenmerken GGZ-kosten voorspellen bij 18-minners die er niet zijn.

Ten behoeve van de risicoverevening 2017 moet opnieuw onderzoek uitgevoerd worden naar verdere modelverbeteringen op basis van nieuwe gegevens (Vektis 2014).

De WOR concludeert dat het samenvoegen van de modellen voor de gGGZ en de somatische zorg slechts een beperkte meerwaarde heeft in termen van verevenende werking. Een voordeel van het samenvoegen van de variabele zorgkosten en de kosten gGGZ is dat er bij vrijwel geen verzekerden negatieve geschatte kosten voorkomen. Een nadeel is dat de eventuele verlies- of winstgevendheid van bepaalde subgroepen voor de gGGZ minder zichtbaar wordt als kosten samengenomen worden.

9. Advies naar aanleiding van *Buitenlandse seizoenarbeiders fase II*

Inleiding

Op 14 mei 2014 heeft een dertigledendebat plaatsgevonden in de Tweede Kamer over het bericht dat zorgverzekeraars goedkope zorgverzekeringen aanbieden aan uitsluitend buitenlandse seizoenarbeiders. De minister heeft naar aanleiding van de discussie en de vragen toegezegd nader onderzoek te zullen doen naar de mogelijkheden ten aanzien van de vereveningsmodellering. Dit onderzoek vindt in een drietal fasen plaats.

In de eerste fase van het onderzoek is gebleken dat er een aantal bruikbare registraties is om buitenlandse seizoenarbeiders te identificeren (zie WOR 698). Dit advies betreft het onderzoek uit fase 2, waarin is onderzocht of er sprake is van overcompensatie van buitenlandse seizoenarbeiders in de risicoverevening. Indien geconcludeerd wordt dat sprake is van overcompensatie zal in fase 3 van het onderzoek worden bepaald of het risicovereveningsmodel kan worden aangepast, en zo ja hoe en wat het effect hiervan is.

Resultaten

Er bestaat geen eenduidige definitie van het begrip buitenlandse seizoenarbeider. In het onderzoek heeft SEO daarom vijf verschillende definities van het begrip uitgewerkt. Voor elk van deze definities geldt dat alleen mensen met een niet-Nederlandse nationaliteit en een verzekeringsduur korter dan een jaar in aanmerking komen als buitenlandse seizoenarbeider. SEO heeft tevens een alternatieve definitie uitgewerkt die alleen gebaseerd is op de verzekeringsduur in het huidige en het voorgaande jaar. In het onderzoek wordt onderscheid gemaakt naar mensen die in Nederland wonen (ingezetenen) en mensen die niet in Nederland wonen (niet-ingezetenen).

SEO heeft in haar onderzoek zowel het model voor de variabele zorgkosten als het model voor de geneeskundige GGZ en het eigenrisicomodel betrokken.

Vijf definities

In het onderzoek worden vijf definities gebruikt, waarbij voor elke definitie geldt dat een verzekerde een niet-Nederlandse nationaliteit moet hebben en korter dan een jaar Zvw-verzekerd moet zijn om tot de groep buitenlandse seizoenarbeiders te worden gerekend. Voor het overige laten de definities zich als volgt beschrijven:

1. Alleen de niet-ingezetene verzekerden die in de AvI-klassen “Zelfstandigen” of “Referentiegroep” worden ingedeeld.
2. Definitie 1, maar nu ook de ingezetenen die in de betreffende AvI-klassen worden ingedeeld.
3. Definitie 2, met alle verzekerden uit de AvI-klasse “Zelfstandigen”, maar uit de AvI-klasse “Referentiegroep” alleen de verzekerden die op 30 juni werkzaam zijn.
4. Definitie 3, maar zonder de zelfstandigen.
5. Definitie 4, maar nu uit de AvI-klasse “Referentiegroep” alle verzekerden die op enig moment in het jaar werkzaam zijn.

Afhankelijk van de gekozen definitie varieert het aantal buitenlandse seizoenarbeiders van ongeveer 80 duizend (definitie 4) tot 185 duizend (definitie 2).

Ingezetenen

De ingezetene buitenlandse seizoenarbeiders die in dit onderzoek worden geïdentificeerd zijn voornamelijk man, onder de 35 jaar en afkomstig uit de EU (vooral Polen, Duitsers en Britten). Zij werken meestal meer dan een halfjaar, in de dienstensector, met een vast contract en in een fulltime baan.

Als naar het totaal van de modellen voor de variabele zorgkosten, het gGGZ-model en het eigenrisicomodel wordt gekeken, dan is bij definitie 2 sprake van een ondercompensatie van gemiddeld 51 euro per verzekerdenjaar. Bij de definities 3 t/m 5 is sprake van overcompensatie met een omvang tussen 168 en 190 euro per verzekerdenjaar[11]. Opvallende uitkomsten zijn verder de forse ondercompensatie voor 55-64 jarigen (gemiddeld circa 1.430 euro bij de definities 3-5) en het grote verschil tussen mannen (gemiddeld 60 euro overcompensatie) en vrouwen (gemiddeld bijna 450 euro overcompensatie).

Niet-ingezetenen

Ook de geïdentificeerde niet-ingezetene buitenlandse seizoenarbeiders zijn voornamelijk man, onder de 35 jaar en afkomstig uit de EU (ruim 75% Polen). Zij werken vaak in de uitzendsector en in de landbouw, meestal met een flex contract en in een fulltime baan.

Het totaalbeeld voor de niet-ingezetenen laat voor elke definitie een overcompensatie zien. De mate van overcompensatie varieert van 361 tot 386 euro per verzekerdenjaar. Bij niet-ingezetenen zal het eigen risico vaak niet geïnd worden. Wanneer verzekeraars het eigen risico niet kunnen innen, resteert een overcompensatie tussen 313 en 338 euro per verzekerdenjaar. Ook bij de niet-ingezetenen is de overcompensatie van vrouwen beduidend hoger dan die voor mannen (verschil circa 350 euro).

Belangrijke notie bij de uitkomst voor niet-ingezetenen is dat de zorgkosten voor deze verzekerden voor een belangrijk deel niet op individueel niveau bekend zijn en vanwege de grote vertraging waarmee deze kosten beschikbaar komen op kasbasis moeten worden meegenomen. Dit betreft de kosten die in het buitenland gemaakt worden en via het Zorginstituut worden geboekt. SEO heeft dit deel van de kosten op basis van leeftijd, geslacht en verzekeringsduur over de niet-ingezetenen verdeeld. In een aantal gevallen wijken de berekende zorgkosten op verzekeraarsniveau daarom af van de werkelijk geboekte kosten. Met ingang van het tweede halfjaar van 2013 zullen alle verzekeraars deze kosten op individuniveau registreren. Het probleem dat de kosten met grote vertraging bekend worden, is daarmee nog niet opgelost.

Alternatieve definitie

In het onderzoek is ook een definitie uitgewerkt die alleen gebaseerd is op de verzekeringsduur in het huidige en het voorgaande jaar. Dit heeft het voordeel dat de groep buitenlandse seizoenarbeiders makkelijker kan worden geïdentificeerd en minder bestandskoppelingen nodig zijn. In deze definitie wordt een verzekerde als buitenlandse seizoenarbeider geteld als hij/zij in het huidige jaar niet het hele jaar Zvw-verzekerd is en in het voorgaande jaar ook niet of zelfs helemaal niet. Uit het onderzoek blijkt dat voor ingezetenen op deze manier veel Nederlanders en niet-werkenden tot de buitenlandse seizoenarbeiders worden gerekend. Voor de niet-ingezetenen is hier beduidend minder sprake van en is de aansluiting bij de meer verfijnde definities (definitie 5) beter.

Conclusie en Advies

De WOR constateert dat het onderzoek aanwijzingen oplevert dat buitenlandse seizoenarbeiders worden overgecompenseerd, maar dat er nog teveel onzekerheden zijn om reeds tot opname van een kenmerk voor buitenlandse seizoenarbeiders in het model over te gaan. Hiervoor dient eerst vervolgonderzoek plaats te vinden.

In het vervolgonderzoek moeten in ieder geval de nieuwe gegevens op individueel niveau over de buitenlandse zorgkosten 2013 die via het Zorginstituut lopen worden betrokken. Daarbij moet tevens bezien worden hoe het best omgegaan kan worden met het feit dat deze kosten met een flinke vertraging bekend zijn.

[11] In definitie 1 zitten geen ingezetenen.

10. Advies naar aanleiding van *Groot onderhoud AVI-SES-PPA*

Inleiding

In het kader van het periodiek Groot Onderhoud zijn de vereveningskenmerken aard van het inkomen (AVI), sociaaleconomische status (SES), en personen per adres (PPA) nader onderzocht. Daarbij is een analyse gemaakt van de effecten van wijzigingen in de sociale zekerheid, de verevende werking van de sociaal economische status, het effect van huishoudsamenstelling en de toevoeging van opleidingsniveau als vereveningskenmerk (dit laatste naar aanleiding van een motie van de Tweede Kamer[12]).

Op basis van onderzoek naar beschikbare gegevens, literatuuronderzoek, interviews met experts en onderzoek naar kosten en meerkosten is een aantal varianten van deze vereveningskenmerken nader onderzocht. Bij de schattingen van de risicovereveningsmodellen met varianten van AVI, SES, PPA en hoog opgeleid (HO) is steeds een onderscheid gemaakt naar het model voor de variabele zorgkosten, het model voor de variabele zorgkosten inclusief kosten V&V en het model voor de geneeskundige GGZ (gGGZ). Op basis van die resultaten is gekozen voor een definitieve vormgeving van de vereveningskenmerken AVI, SES, PPA en HO. Omdat de definitieve vormgeving van deze vereveningskenmerken veel componenten omvat, is tot slot op een verkennende wijze ook de mogelijkheid van clustering van AVI, SES, PPA en HO onderzocht.

Resultaten

Aanpassingen aan de vereveningskenmerken

Hieronder volgt een opsomming van de aanpassingen aan de vereveningskenmerken die zijn doorgevoerd. Alle aanpassingen zijn uniform gedefinieerd voor het risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten, de variabele zorgkosten inclusief V&V, en de geneeskundige GGZ.

Sociaaleconomische Status (SES)

1. SES 0 (institutionele huishoudens) is gebaseerd op >15 niet-studenten op een adres
2. SES 0 is gesplitst in 'blijvers' en 'nieuwkomers' (instromers in een institutioneel huishouden in jaar t)
3. Als definitie van het inkomen is het totaal huishoudinkomen genomen in plaats van het gemiddeld inkomen per huishouden.
4. Er komen vier SES-klassen in plaats van drie (20%-20%-30%-30%).

Aard van het inkomen (AVI)

1. Er worden vijf AvI klassen gehanteerd voor de 18-64 jarigen, waarbij de referentiegroep van de 18-65-jarigen een combinatie is van loontrekkers en werklozen. De AvI is hiërarchisch opgebouwd, met van hoog naar laag:
    a. IVA
    b. Arbeidsongeschikten excl. IVA
    c. Bijstand incl. WSW
    d. Zelfstandigen
    e. Referentiegroep (loontrekkers & werklozen)

    De AvI-klasse Student vervalt en wordt ondergebracht bij het kenmerk HO.
2. Verzekerden jonger dan 18 jaar of ouder dan 65 jaar vallen in de referentiegroep met vaststaand normbedrag van € 0.
3. De AvI indeling is aangepast aan huidige sociale regelingen, betreffende de WSW (van AO naar bijstand), IVA (van AO naar IVA), IOAW (van AO naar de referentiegroep 18-64 jaar).

[12] Kamerstuk 29 689.

Personen per Adres (PPA)

1. Eenpersoonshuishoudens worden onderscheiden van meerpersoonshuishoudens (met > 1 bewoner). Voor elk van deze klassen wordt een uitsplitsing naar drie leeftijdsklassen (18-64, 65-79 & 80+) en geslacht gemaakt.
2. De groep 0-17 jarigen wordt ingedeeld bij de referentiegroep, evenals verzekerden met een onbekend adres. Deze verzekerden krijgen een vaststaand normbedrag van € 0.

Hoog opgeleid (HO)

1. Hoog opgeleide verzekerden in de leeftijdscategorie 18-34 jaar worden onderscheiden van verzekerden die dat niet zijn op basis van het diploma- en/of studentenregister van DUO (HBO en/of WO niveau) en nader uitgesplitst naar geslacht.
2. Verzekerden in een andere leeftijdscategorie dan 18-34 jaar krijgen een vaststaand normbedrag van € 0.

Verevenende werking

Uit de analyses blijkt dat aanpassing van de risicovereveningsmodellen voor AVI, SES, PPA en HO op individu, subgroep- en verzekeraarsniveau tot een beperkte verbetering van de verevenende werking van de modellen voor de variabele zorgkosten, de variabele zorgkosten plus V&V en voor de gGGZ leidt.

Normbedragen

De verschillen tussen het laagste en hoogste normbedrag voor de SES-klassen neemt als gevolg van de aanpassingen toe. Het splitsen van de institutionele huishoudens leidt tot een opslag voor de instromers en tot een afslag voor de blijvers voor de variabele zorgkosten en V&V. De rationale daarvan is dat een belangrijk deel van de zorgkosten voor verzekerden in een institutioneel huishouden voor rekening van de WLZ komen, maar dat verzekerden die in jaar t instromen voorafgaand aan de opname in een institutioneel huishouden hoge zorgkosten hebben die wel voor rekening van de Zvw komen. Bij de gGGZ krijgen zowel de instromers als de blijvers een positief normbedrag, zij het dat het normbedrag van de eerste groep veel hoger is.

De normbedragen voor de nieuwe AVI-klasse IVA liggen conform verwachting in het model voor de variabele zorgkosten (incl. of excl. V&V) fors hoger dan de normbedragen van AO. Voor de gGGZ is er nauwelijks het verschil tussen de normbedragen van AO en IVA. De rationale is dat psychiatrische aandoeningen in veel mindere mate tot duurzame en volledige arbeidsongeschiktheid (IVA) leiden dan somatische aandoeningen. De andere aanpassingen aan AVI leiden niet tot grote wijzigingen van de normbedragen.

De normbedragen voor PPA zijn verschillend voor de drie vereveningsmodellen, zowel in omvang als in teken. Voor de variabele zorgkosten geldt dat eenpersoonshuishoudens geassocieerd worden met een negatief normbedrag, dat grosso modo in hoogte toeneemt naarmate de leeftijd vordert. Alleenstaande ouderen hebben dus lagere zorgkosten die ten laste van de Zvw komen dan ouderen in dezelfde leeftijdscategorie die in een meerpersoonshuishouden wonen (inclusief de institutionele huishoudens). Uitzondering zijn alleenstaande vrouwen van 18-64 jaar, die een sterker negatief normbedrag hebben dan alleenstaande vrouwen van 65-79 jaar, mogelijk vanwege het minder voorkomen van zwangerschappen bij de jongere alleenstaande vrouwen. Voor de variabele zorgkosten inclusief V&V geldt dat het patroon van de normbedragen gelijk is aan dat van de variabele zorgkosten exclusief V&V tot 65 jaar. Bij de hoge leeftijdscategorieën is er vervolgens sprake van een positief normbedrag voor alleenstaanden. De rationale is dat alleenstaande ouderen vaker gebruik maken van V&V die ten laste komt van de Zvw dan ouderen in een meerpersoonshuishouden (inclusief de institutionele huishoudens). Voor de gGGZ geldt dat

verzekerden in eenpersoonshuishoudens vaker gebruik maken van de GGZ dan verzekerden in meerpersoonshuishoudens. Er is nauwelijks onderscheid naar huishoudgrootte bij 80-plussers.

De normbedragen voor HO zijn negatief voor hoogopgeleide verzekerden van 18-34 jaar, en positief voor niet hoog opgeleiden in dezelfde leeftijdscategorie. De verschillen zijn groter bij de vrouwen dan bij de mannen, hetgeen samenhangt met het minder voorkomen van zwangerschappen en geboorten bij hoog opgeleide vrouwen van deze leeftijdscategorie. De normbedragen zijn minder extreem dan het normbedrag van AVI-student. Dit hangt samen met de uitbreiding van de groep verzekerden die in deze klasse valt.

Clustering van de kenmerken

Door uitbreidingen worden de risicovereveningsmodellen steeds complexer. Daarom is in het onderzoek een eerste, verkennende analyse uitgevoerd naar de mogelijkheid van clustering van de onderliggende subgroepen van AVI, SES, PPA en HO op basis van de kosten in twintig clusters. Uit de resultaten blijkt dat het clusteren van de onderliggende subgroepen tot een verslechtering van de verevenende werking leidt. De verslechtering is duidelijker zichtbaar op subgroep- en verzekeraarsniveau dan op individueel niveau. Dit kan komen doordat ieder kenmerk specifieke groepen verzekerden identificeert.

Conclusie en Advies

Uit de analyses blijkt dat aanpassing van de risicovereveningsmodellen leidt tot een beperkte verbetering van de verevenende werking van de modellen voor somatische zorg, voor somatische zorg incl. V&V en voor de geneeskundige GGZ. Omdat de aanpassingen een goede inhoudelijke onderbouwing kennen, concludeert de WOR dat de bovenstaande aanpassingen aan SES, AVI en PPA en opname van HO aan de risicovereveningsmodellen voor de variabele zorgkosten, de variabele zorgkosten plus V&V en de gGGZ meerwaarde bieden. Om onnodige complexiteit van de risicovereveningsmodellen te voorkomen en om te voorkomen dat studenten opnieuw voorspelbaar winstgevend worden, adviseert de WOR om een aantal wijzigingen aan te brengen in de vereveningskenmerken SES en AvI zoals die hierboven zijn gespecificeerd. De wijzigingen betreffen: de uitsplitsing tussen de blijvers en instromers in een institutioneel huishouden wordt niet gemaakt voor de 0-17 jarigen; het aparte vereveningskenmerk HO vervalt; hoog opgeleiden worden een aparte klasse van het kenmerk AvI, zonder uitsplitsing naar geslacht, en de aparte AvI-klasse student blijft bestaan. De vormgeving van SES en AvI wordt daarmee als volgt:

Sociaaleconomische Status (SES)

1. SES 0 (institutionele huishoudens) is gebaseerd op >15 niet-studenten op een adres
2. SES 0 is gesplitst in 'blijvers' en 'nieuwkomers' (instromers in een institutioneel huishouden in jaar t) met uitzondering van de leeftijdsklasse 0-17 jaar
3. Als definitie van het inkomen is het totaal huishoudinkomen genomen in plaats van het gemiddeld inkomen per huishouden.
4. Er komen vier SES-klassen in plaats van drie (20%-20%-30%-30%).

Aard van het inkomen (AVI)

1. Er worden zeven AvI klassen gehanteerd voor de 18-64 jarigen, waarbij de referentiegroep van de 18-65-jarigen een combinatie is van loontrekkers en werklozen:
    a. IVA
    b. Arbeidsongeschikten excl. IVA
    c. Bijstand incl. WSW
    d. Zelfstandigen
    e. Hoog opgeleiden

    f. Studenten
    g. Referentiegroep (loontrekkers & werklozen)

   De AvI-klasse student wordt geherintroduceerd en de AvI-klasse Hoog Opgeleiden wordt toegevoegd. De hiërarchie tussen deze klassen is niet per definitie conform bovenstaande, en moet worden bepaald door ZiNL.

2. Verzekerden jonger dan 18 jaar of ouder dan 65 jaar vallen in de referentiegroep met vaststaand normbedrag van € 0.
3. De AvI indeling is aangepast aan huidige sociale regelingen, betreffende de WSW (van AO naar bijstand), IVA (van AO naar IVA), IOAW (van AO naar de referentiegroep 18-64 jaar).

De WOR adviseert deze varianten van SES en AvI en de variant van PPA zoals beschreven onder het kopje 'Resultaten' door te voeren voor de risicovereveningsmodellen van 2016. Aangezien eenpersoonshuishoudens gecompenseerd worden via het kenmerk PPA, adviseert de WOR de eenpersoonshuishoudens uit het verklaringsmodel voor de regio te halen.

Verschillende uitkomsten in dit onderzoek bieden aanknopingspunten tot vervolgonderzoek. De WOR adviseert daarom vervolgonderzoek te verrichten naar de kenmerken AVI, SES, PPA en HO. De volgende thema's zijn daarbij relevant:

- Onderzoek naar of de stabiliteit van het SES-criterium verbeterd kan worden door gebruik te maken van inkomensgegevens uit t-1 zonder te grote nadelige consequenties voor de verevenende werking of uitvoerbaarheid (door het Zorginstituut Nederland)
- De institutionele huishoudens baseren op informatie van declaraties AWBZ/WLZ en eventueel uitsplitsing naar grondslag
- Toevoegen van de institutionele huishoudens aan het criterium PPA (en dus weglaten bij SES)
- Onderzoek naar de wijze waarop verzekerden die in jaar t uit een institutioneel huishouden stromen gecompenseerd kunnen worden, met name in de gGGZ
- Nader onderzoek naar de toegevoegde waarde van het inschrijvingsregister van het DUO ten opzichte van het diplomaregister
- Onderzoek naar de wijze waarop de AVI-klasse vast kan worden gehouden na pensionering
- Een nadere uitsplitsing van de Wajongeren in duurzaam versus niet-duurzaam
- Onderzoek naar de wijze waarop informatie over verschillen in vermogenspositie tussen verzekerden in de risicoverevening verdisconteerd kunnen worden (wellicht via het verklaringsmodel van de regio)
- Voortzetting van onderzoek naar de mogelijkheden van clustering van de vereveningskenmerken AVI, SES en PPA.

11. Advies naar aanleiding van *Doorontwikkeling van de ex ante risicoverevening voor de langdurige GGZ*

Inleiding

Per 2015 is de langdurige GGZ (lGGZ) overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw. De lGGZ is gedefinieerd als het tweede en derde jaar intramurale GGZ-zorg gericht op behandeling en herstel (het B-pakket). Dat betekent dat intramurale zorg gericht op behandeling en herstel vanaf 1 januari 2015 gedurende de eerste drie jaar onder de Zvw valt. Na een aaneengesloten verblijf van drie jaar in een psychiatrische kliniek gaan cliënten over naar de Wet langdurige zorg (Wlz).

In eerder onderzoek (WOR 726) is bekeken in hoeverre de risicoverevening voor de lGGZ verbetert als het model uitgebreid wordt met een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van intramurale GGZ-zorg in het voorgaande jaar. Daarnaast is de werking van de compensatie via een forfaitair bedrag onderzocht (waarbij een vast bedrag per verblijfsdag in jaar t wordt uitgekeerd). Uit het onderzoek bleek dat de verevenende werking op individuniveau en subgroepniveau fors verbetert zodra een vereveningskenmerk gebaseerd op intramurale zorg in t-1 wordt toegevoegd aan het risicovereveningsmodel voor de langdurige GGZ, maar dat de mate waarin de verevening op verzekeraarsniveau verbetert niet betrouwbaar kon worden vastgesteld vanwege data-inconsistenties. Het huidige onderzoek bekijkt of de data-inconsistenties verminderd worden zodra recente gegevens gebruikt worden die afkomstig zijn uit één bron (Vektis). Daarnaast richt het onderzoek op de situatie 2016: alleen verzekerden die de lGGZ per 2015 (data: 2012) of per 2016 (data: 2013) instromen, worden geselecteerd.

Resultaten

Selectie van verzekerden

Allereerst zijn een aantal mogelijke wijzen waarop de relevante verzekerden geselecteerd kunnen worden, onderzocht. Uit de resultaten blijkt dat de volgende selectie de meest plausibele resultaten oplevert:

- Verzekerden met lGGZ-kosten in 2013 maar niet in 2012;
- Verzekerden met lGGZ-kosten in 2012 en in 2013, maar niet op 1 januari 2012 en niet in de 365 dagen voorafgaand aan de eerste zorgdag in 2012

Gegeven deze selectie zijn er 2.678 verzekerdenjaren met € 139,9 mln. lGGZ-kosten (gemiddeld ruim € 52.231 per lGGZ-gebruiker). Daarvan zijn er 5,5% met een niet plausibel zorgtraject (147 verzekerdenjaren). Dit is een forse reductie ten opzichte van de 22% gebruikers met een niet plausibel zorgtraject dat in WOR 726 werd gerapporteerd.

Modelvarianten

In het onderzoek is een aantal modelvarianten doorgerekend. De uitgangsvariant (I) betreft de vereveningskenmerken van het model van de geneeskundige GGZ 2015[13] uitgebreid met een vereveningskenmerk met twee klassen: lGGZ-gebruikers in t-1 en gGGZ-gebruikers in t-1 met meer dan 252 zorgdagen, naast een afslagklasse (de beste vereveningsvariant uit WOR 726). In varianten III wordt een drempelwaarde gehanteerd voor de groep lGGZ-gebruikers in t-1, om de mogelijk perverse prikkelwerking te verminderen. In modelvariant IIIa betreft de drempel tenminste 28 dagen lGGZ-zorg en in model variant IIIb blijft 5% van de verzekerden met laagste lGGZ-kosten buiten beschouwing. Variant IV splitst de klasse lGGZ-gebruikers in t-1 naar zorgzwaarte in groepen ZZP 3/4/5 en ZZP 6/7. In variant V wordt model I herschat met weglating

[13] De vereveningskenmerken voor het risicovereveningsmodel 2016 waren op het moment dat het onderzoek werd uitgevoerd nog niet beschikbaar.

van de 5,5% verzekerden met niet-plausibele zorgtrajecten[14]. Voorts worden twee forfaitaire varianten doorgerekend: een waarbij een vast bedrag wordt gehanteerd per verblijfsdag (variant VI) en een waarbij het vaste bedrag wordt gedifferentieerd naar ZZP en inclusief en exclusief dagbesteding (variant VII).

Variant 1 resulteert in een R^2 37,8%, een CPM van 40,0% en een GGAA van € 12,90 op verzekerdenniveau. Dit ligt in lijn met de resultaten van voorgaand onderzoek, ondanks verschillen in kosten en selectie van verzekerden (variant 1b uit WOR 726). Op verzekeraarniveau is de bandbreedte van het resultaat € 12,70, de GGAA € 1,00 en de verklaarde variantie 93,9%. De maatstaven op verzekeraarniveau laten een forse verbetering zien van de verevenende werking (de bandbreedte van het resultaat van model 1b in WOR 726 is € 62, de GGAA € 3,00 en de verklaarde variantie 82,8%). Deze forse verbetering op verzekeraarniveau is het gevolg van de reductie van data-inconsistenties. Uit de resultaten blijkt verder dat het hanteren van een drempelwaarde voor de lGGZ-gebruikers t-1 (varianten IIIa en IIIb) tot een verslechtering van de verevenende werking op individuniveau leiden ten opzichte van het uitgangsmodel (variant I); op subgroep- en verzekeraarniveau is het beeld gemengd. Uitsplitsing van de klasse lGGZ-gebruikers naar zorgzwaarte leidt juist tot een verbetering van de verevenende werking op individu-, subgroep en verzekeraarsniveau. Een belangrijke kanttekening daarbij is dat de uitgesplitste groepen klein zijn (1.202 verzekerdenjaren in ZZP 3/4/5 en 424 verzekerdenjaren in ZZP 6/7). Uit de analyses op verzekeraarsniveau blijkt dat de bandbreedte sterk bepaald wordt door een kleine verzekeraar met een sterk negatief resultaat. Deze verzekeraar heeft relatief hoge lGGZ-kosten en een hoge lGGZ-prevalentie.

De forfaitaire varianten tonen een grotere verbetering van de verevenende werking op alle drie niveaus. De forfaitaire variant met uitsplitsing naar ZZP en dagbesteding scoort qua verevenende werking het beste. Van deze variant bedraagt op verzekerdenniveau de R^2 96,4%, de CPM 96,3%, en de GGAA € 0,80. Op verzekeraarniveau bedraagt de bandbreedte € 1,90, de GGAA € 0,20 en de verklaarde variantie 99,6%.

Van varianten met het criterium lGGZ-gebruik t-1 kan een perverse prikkelwerking tot ondoelmatige zorgconsumptie uitgaan. Deze prikkel kan verminderd worden door het hanteren van een drempelwaarde (varianten III). Van de forfaitaire varianten kan eveneens een perverse prikkelwerking uitgaan omdat de prikkel tot het reduceren van het volume (ambulantisering) ontbreekt. Deze prikkel kan gemitigeerd worden door beleidsmatige afspraken over ambulantisering in de GGZ.

Uit de analyse van de normbedragen blijkt dat het vereveningskenmerk leeftijd/geslacht nauwelijks onderscheidend is. Bij de criteria AVI, regio en alleenstaanden worden de normbedragen in alle regressievarianten op € 0 gezet. Bij het SES-criterium krijgen alle 65-plussers een normbedrag van € 0, terwijl voor de 65-minners alleen het normbedrag van SES 0 (institutionele huishoudens) substantieel is. Voor de FKG's en DKG's psychische aandoeningen krijgen alleen FKG psychose depot en de hogere DKG's normbedragen van enige omvang. Hetzelfde geldt voor de MHK-klasse 3x in top 0,5%. Een kanttekening bij de normbedragen van de gGGZ-kenmerken is dat deze gebaseerd zijn op de OT 2015, niet op de OT 2016 (zie ook voetnoot 1).

De normbedragen van het kenmerk gebaseerd op gebruik van GGZ-zorg in het verleden liggen rond de € 48.000 voor de klasse gebruik lGGZ in t-1 en rond de € 15.000 voor de klasse gGGZ verblijf > 252 dagen in t-1. De differentiatie naar zorgzwaarte leidt tot normbedragen van rond de € 38.000 voor ZZP 3/4/5 en rond de € 74.000 voor ZZP 6/7. De maximale compensatie die verzekeraars ontvangen is in alle gevallen niet toereikend voor een heel jaar intramurale opname, waarvan de kosten gemiddeld ongeveer € 90.000 bedragen. De reden is dat de relatie tussen het jaar t en het jaar t-1 niet perfect is: ongeveer 54% van de verzekerden met intramurale kosten in jaar t-1 (conform de definitie van het vereveningskenmerk) heeft lGGZ-kosten in jaar t. Dat

[14] Variant II bevatte een herdefinitie van het criterium, maar is uiteindelijk niet doorgerekend, omdat de statistische meewaarde beperkt was en de omvang van de groep te klein.

betekent dat een zorgverzekeraar verlies lijdt op een verzekerde die gedurende het grootste deel van jaar t lGGZ krijgt, en winst maakt op een verzekerde die in jaar t geen of korte tijd lGGZ ontvangt. De verzekerden met intramurale kosten in jaar t zijn in dat jaar verlieslatend (gemiddeld bijna € 30.000). Daar staat tegenover dat de verzekerden die geen lGGZ-kosten hebben in jaar t winstgevend zijn (gemiddeld bijna € 6). Deze winsten en verliezen zijn niet voorspelbaar[15]. Immers, bij de ex ante modelvarianten verdwijnt – logischerwijs - het voorspelbare verlies op alle verzekerden met intramurale GGZ-kosten in t-1 (conform de definitie van het vereveningskenmerk).

Door de normbedragen van modelvariant V te vergelijken met modelvariant I wordt duidelijk in hoeverre de normbedragen beïnvloed worden door het weglaten van de verzekerden met niet plausibele zorgtrajecten (5,5%). Opvallend is dat het normbedrag voor SES 0 halveert, maar ook de normbedragen van FKG-klasse psychose depot, DKG-klassen 3-5 en MHK top 0,5% wijzigen, zij het minder sterk. De normbedragen voor het kenmerk 'intramuraal gebruik in het verleden' wijzigen daarentegen nauwelijks.

Het forfaitaire normbedrag is € 238 per verblijfsdag. Bij een differentiatie naar ZZP en dagbesteding varieert het forfaitaire normbedrag tussen de € 139 en € 358.

De groep verzekerden die goed is voor de bovenste 25% van de gGGZ-kosten in t-1 (de EPA-groep) wordt in varianten I, III en IVa ondergecompenseerd voor de lGGZ met rond € 1.200. Deze ondercompensatie is niet aanwezig bij de forfaitaire varianten. Bij de modelvarianten (inclusief forfaitair) waar geen rekening wordt gehouden met ZZP, is er een ondercompensatie van maximaal € 35.000 bij verzekerden in de hoge ZZP's, en een overcompensatie van maximaal € 30.000 verzekerden in de lage ZZP's.

Conclusies en advies

Op basis van het vorige onderzoek naar de risicoverevening voor de langdurige GGZ (WOR 726) concludeerde de WOR dat de verevenende werking op individuniveau en subgroepniveau fors verbetert zodra een vereveningskenmerk gebaseerd op intramurale zorg in t-1 wordt toegevoegd aan het risicovereveningsmodel voor de langdurige GGZ. De WOR concludeert dat de resultaten van dit onderzoek wat betreft de verbetering van de verevenende werking consistent zijn met de resultaten van het vorige onderzoek. Door gebruik van een databron (Vektis) en door verbetering van de selectie van verzekerden, zijn de data-inconsistenties in het huidige onderzoek sterk verminderd in vergelijking met het vorige onderzoek, zij het dat deze data-inconsistenties in beperkte mate blijven voortbestaan. De WOR concludeert dat in het huidige onderzoek de mate waarin de verevening verbetert door toevoeging van een vereveningskenmerk gebaseerd op intramuraal GGZ-gebruik ook op verzekeraarsniveau voldoende betrouwbaar kan worden vastgesteld.

De WOR vraagt aandacht voor de prikkelwerking van de diverse onderzochte modelvarianten. Bij de forfaitaire varianten ontbreekt een prikkel tot reductie van volume. Indien een uitsplitsing naar ZZP ontbreekt, ontstaat een prikkel om verzekerden in een lage ZZP te krijgen, ongeacht de zorgvraag. Daarnaast wordt met een forfaitair bedrag afgestapt van een fundamenteel uitgangspunt dat de risicoverevening gebaseerd is op een voorspelmodel en niet op een verklaarmodel. Bij de ex ante varianten geldt in zijn algemeenheid dat een vereveningskenmerk gebaseerd op zorggebruik in t-1 kan leiden tot ondoelmatige zorgconsumptie, hoewel dat kan worden gemitigeerd door het hanteren van een drempelwaarde. Gezien het feit dat de compensatie niet voldoende is voor een jaarlang gebruik van de intramurale GGZ, is er wel een prikkel tot volumereductie en uitstroom. Daar staat tegenover dat verzekerden die in jaar t gebruik maken van de lGGZ in dat jaar gemiddeld verlieslatend zijn. Indien een uitsplitsing naar ZZP ontbreekt, ontstaat ook in de ex ante modelvarianten een prikkel om verzekerden in een lage ZZP te krijgen.

---

[15] Althans, niet voorspelbaar op basis van de vereveningskenmerken inclusief intramurale GGZ in t-1.

De WOR adviseert om een vereveningskenmerk gebaseerd op gebruik van de intramurale GGZ t-1 mee te nemen in het risicovereveningsmodel voor de langdurige GGZ dat in de Overall Toets wordt doorgerekend. De WOR adviseert tevens de forfaitaire variant met een uitsplitsing naar ZZP en wel/geen dagbesteding door te rekenen in de Overall Toets.

De WOR concludeert dat het hanteren van een drempel voor de klasse 'gebruik lGGZ t-1' tot een verslechtering van de verevenende werking leidt. De WOR adviseert vervolgonderzoek naar een optimalere vormgeving van een drempelwaarde (zo kunnen in de huidige vormgeving verzekerden die in de laatste maand(en) van een jaar in de lGGZ stromen niet in het vereveningskenmerk terechtkomen). Voor de OT 2016 adviseert de WOR om bij de klasse 'gebruik lGGZ t-1' alleen een dynamische drempel te hanteren om de invloed van administratieve onvolkomenheden – die nog weleens leiden tot onrealistisch lage kosten voor individuele verzekerden – te beperken[16].

Voorts concludeert de WOR dat het differentiëren van de klasse 'gebruik lGGZ t-1' naar zorgzwaarte de verevenende werking verbetert. Omdat uitsplitsing naar zorgzwaarte resulteert in klassen met kleine aantallen verzekerden, adviseert de WOR om voor het risicovereveningsmodel dat in de OT 2016 wordt doorgerekend deze differentiatie niet aan te brengen. De WOR adviseert om in vervolgonderzoek nader te kijken naar de specificatie van een drempel en de differentiatie van ZZP-klassen. In dit vervolgonderzoek moet uitgegaan worden van de structurele situatie; als het overgangsrecht niet meer geldt, vallen meer verzekerden in de klasse 'gebruik lGGZ t-1' waardoor een uitsplitsing wellicht wel mogelijk wordt. De WOR adviseert in vervolgonderzoek tevens aandacht te besteden aan de samenhang tussen de kosten van de geneeskundige en langdurige GGZ in opvolgende jaren. Voorts zou bij het ex ante model nagegaan kunnen worden waar de gelden terecht komen die niet aan de lGGZ gebruikers worden toegerekend.

[16] Conform de werkwijze die is gevolgd bij het vereveningskenmerk gebruik van V&V t-1 in WOR 738.

12. Advies naar aanleiding van *de Pre Overall Toets*

Inleiding

De afgelopen maanden zijn er diverse onderzoeken gedaan. Er heeft groot onderhoud van DKG's en FKG's plaatsgevonden en er is nagegaan wat de voorspellende waarde van gebruik van fysiotherapie, verpleging en verzorging (V&V) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ) in een voorgaand jaar is. Ook zijn de effecten van verfijningen van de GSM (generieke somatische morbiditeit) in kaart gebracht.

In de onderzoeken is steeds apart één criterium (of twee zoals bij GRZ en V&V) onderzocht. Er is geen inzicht in het gezamenlijke effect van alle vernieuwingen.

Deze pre-OT geeft inzicht in het gezamenlijk effect van het toepassen van de vernieuwde en nieuwe vereveningscriteria.

Er is gebruik gemaakt van de bestanden van de OT2015. Dit betreffen gegevens over 2012 en 2011. De correctie op de variabele kostengegevens vanwege de eenmalige schadelastdip in 2015 is teruggedraaid.

Het onderzoek richt zich op de variabele kosten inclusief kosten V&V. Ten behoeve van de zichtbaarheid van de verevening van de V&V-kosten zijn ook enkele modelvarianten op alleen de V&V-kosten toegepast. De GGZ en het Eigen Risico blijven buiten beschouwing.

Resultaten

Variabele kosten inclusief V&V-kosten

Er zijn vijf varianten vergeleken met het uitgangsmodel (M0). Het uitgangsmodel is gelijk aan het model voor de variabele (somatische) kosten uit de OT2015, maar dan toegepast op de variabele kosten inclusief V&V-kosten.

De vijf varianten zijn:

- Variant M1: Als (M0), maar met de nieuwe FKG's en DKG's
- Variant M2: Als (M1), maar met fysio(t-1)
- Variant M3: Als (M2), maar met verfijnde GSM
- Variant M4: Als (M3), maar met criterium V&V(t-1)
- Variant M5: Als (M4), maar met criterium GRZ(t-1)

Toepassing van de nieuwe FKG's en DKG's (M1) leidt tot een betere aansluiting van de geraamde normkosten op de werkelijke kosten. Op individu-niveau neemt de R^2 toe met 2,7 procentpunten en komt uit op 28,0%. De stijging en het absolute niveau zijn aanzienlijk hoger dan de scores van de laatste jaren bij het somatisch model. Bij de subgroepen met de 15% hoogste en laagste kosten verbetert de aansluiting met respectievelijk 17 en 8 euro. Ook de resultaten voor de groepen met gebruik in t-1 van fysiotherapie , V&V en GRZ verbeteren, maar de ondercompensaties blijven substantieel (respectievelijk 1127, 5248 en 4691 euro). Op verzekeraarsniveau is er een gemengd beeld. De R^2 verbetert met 0,1 procentpunt, maar de bandbreedte van de resultaten van de verzekeraars wordt groter. Dit geldt niet als de verzekeraars worden ingedeeld naar grootteklasse. Dan neemt alleen de bandbreedte toe bij de kleinste verzekeraars.

De normbedragen van de FKG's en DKG's veranderen aanzienlijk maar dit heeft een gering effect op de normbedragen van de andere criteria. Opvallend is wel dat de normbedragen voor de GSM bij de 65-min groepen (gezond en ongezond) nagenoeg nul worden.

Toevoegen (bij 18-plussers) van het criterium wel/geen gebruik van fysiotherapie in t-1 (M2) leidt tot lichte verbetering van de verevenende werking op alle drie niveau's. Het resultaat van de groep 18-plussers met gebruik van fysiotherapie in t-1 wordt uiteraard nul. Maar ook het resultaat van de

groepen met gebruik van V&V en/of GRZ in t-1 verbetert met respectievelijk 63 en 133 euro. De bandbreedte van de resultaten van verzekeraars is voor alle onderscheiden groepen (naar grootte of naar concern) lager dan bij M1 (op twee kleine uitzonderingen na).

Toepassing van het criterium wel/geen gebruik van fysiotherapie in t-1 heeft zeer beperkte gevolgen voor de normbedragen van de andere criteria.

In het derde model zijn de categorieën van de GSM verfijnd. Er zijn drie aanpassingen gedaan: (1) toevoegen van het criterium gebruik van fysiotherapie in t-1 (bij 18-plussers) aan de onderscheiden morbiditeitscriteria[17], (2) uitbreiding van het aantal leeftijdsklassen van twee naar vijf, (3) nader onderscheid binnen de groep verzekerden die scoren op de onderliggende morbiditeitscriteria tussen verzekerden die precies één keer zijn ingedeeld in een morbiditeitscriterium en verzekerden die twee of meer keer zijn ingedeeld in een morbiditeitscriterium.

Het effect van de verfijning op de verevenende werking is beperkt en wisselend. Op individu-niveau veranderen de kengetallen niet of nauwelijks. De compensatie bij de subgroepen van gebruikers van V&V en GRZ in t-1 verbetert licht met 79 en 38 euro. Op het niveau van verzekeraars worden GGAA en bandbreedten van de resultaten iets groter.

De verfijning van de GSM heeft een zeer beperkte invloed op de meeste andere normbedragen uit het model.

Toevoegen van een vereveningscriterium voor de hoogte van V&V-kosten in t-1 (M4) geeft aanzienlijke positieve effecten op de verevenende werking op het niveau van individuen en subgroepen. Op verzekeraars niveau is het beeld daarentegen wisselend. De R^2 op individu-niveau komt uit op 30,9%. Dit is 2,8% procentpunt hoger dan bij M2 en M3. Het resultaat bij de groepen die in t-1 fysiotherapie en/of V&V gebruiken bedraagt uiteraard nul in dit model. Het resultaat voor de gebruikers van GRZ in t-1 verbetert ook aanzienlijk en komt uit op -3675 euro. De GGAA voor alle subgroepen daalt met 77 euro (10%). Op het niveau van verzekeraars neemt de R^2 toe met 0,2% punten. Het beeld van de bandbreedte is wisselend en hangt sterk af van de groepering van de verzekeraars. Voor de hele groep (van 25) verzekeraars daalt de bandbreedte met 10 naar 226 euro (11 % van de gemiddelde kosten van 2049 euro per verzekerdenjaar). Indien de twee uitersten buiten beschouwing blijven stijgt de bandbreedte met 4 naar 144 euro.

De normbedragen behorende bij het V&V t-1 criterium zijn aanzienlijk en hebben ook grote invloed op andere normbedragen. De normbedragen voor de leeftijdsgroepen vanaf 80 jaar vallen hierbij het meest op. De oorzaak hiervoor is dat V&V zich met name concentreert in de hogere leeftijdsgroepen. Ook bij een aantal FKG's zijn forse verklaarbare mutaties (bijvoorbeeld Parkinson). Het normbedrag bij de nul categorie van de SES wordt bij de 65-plus groep aanzienlijk negatief, omdat verzekerden die verblijven in een tehuis waarschijnlijk niet/nauwelijks een beroep zullen doen op wijkverpleging. De mutaties bij de normbedragen van de verfijnde GSM zijn minder eenvoudig te duiden.

In de laatste variant (M5) wordt het criterium wel/geen gebruik van GRZ in het voorgaand jaar (t-1) toegevoegd aan het model. De verevenende werking van dit model is nagenoeg gelijk aan model M4. Wel daalt de ondercompensatie van de groep die GRZ gebruiken in t-1 hier uiteraard naar nul. Het effect op de normbedragen van de andere criteria is zeer beperkt.

Kosten V&V

Om zicht te krijgen op de kwaliteit van de verevening van de V&V-kosten zijn een aantal modellen ook toegepast op alleen de V&V-kosten. Dit betreffen het uitgangsmodel, het vijfde model (waarin alle vernieuwingen zijn opgenomen) en het vijfde model uitgebreid met het specifieke

[17] Nieuwe FKG's, nieuwe DKG's , HKG'n en MHK

regiocriterium van het V&V-model van de OT2015. Deze drie varianten worden vergeleken met het V&V-model dat voor de verevening van 2015 is gebruikt.

Het uitgangsmodel (M0) scoort aanzienlijk beter dan het V&V-model van 2015. De R^2 op individu-niveau stijgt van 9,2% naar 12,8% en op verzekeraarniveau stijgt de R^2 van 85,9% naar 93,6%. De bandbreedte van de resultaten op verzekeraarsniveau daalt aanzienlijk. Dit geldt ook als verzekeraars worden verdeeld naar grootte of concern/niet-concern. Voor alle verzekerden gezamenlijk daalt de bandbreedte van 90,5 naar 55,6 euro. Toepassing van M5 geeft een nog grotere verbeterslag met R-kwadraten van 45,5% op individu-niveau en 99,5% op verzekeraarsniveau. De bandbreedte van de resultaten op verzekeraarsniveau komt bij deze variant uit op 23,2 euro (14% van de gemiddelde kosten V&V van 165 euro per verzekerdenjaar).

Toevoegen van de regiovariabelen verbetert de uitkomsten per saldo niet. De kengetallen op het niveau van individuen en subgroepen worden slechter of blijven ongewijzigd. Op verzekeraarsniveau wordt de R^2 licht beter (0,2%-punt) en de GGAA daalt van 3,5 naar 2,5 euro. De bandbreedten van het resultaat van (groepen van) verzekeraars lopen daarentegen veelal op. Voor alle verzekerden gezamenlijk stijgt de bandbreedte door toepassing van het regiocriterium met 11,5 euro naar 34,7 euro.

Conclusie en Advies

De vernieuwingen van de FKG's en DKG's hebben een duidelijk positief effect op de verevenende werking. De normbedragen wijzigen in veel gevallen sterk, maar blijken redelijk robuust in andere modelvarianten. De toevoeging van het criterium V&V(t-1) leidt vooral bij de FKG's tot gewijzigde normbedragen, die goed verklaarbaar zijn. Alles overwegende adviseert de WOR om de vernieuwingen in de FKG's en DKG's in de OT 2016 toe te passen.

Dit geldt ook voor het nieuwe criterium hoogte van V&V-kosten in t-1 (verdeelt naar categorieën). De verevenende werking van dit criterium is aanzienlijk. De normbedragen zijn buitengewoon fors en laten een logisch beeld zien. De hoge normbedragen hebben verklaarbare effecten op de normbedragen van de andere criteria zoals leeftijd (80-plussers), MHK, HKG en SES (SES0, 65-plussers) . De effecten op de normbedragen van het verfijnde GSM-criterium laten zich minder makkelijk duiden.

Ook adviseert de WOR om het criterium wel/geen gebruik van fysiotherapie in t-1 (voor 18-plussers) toe te passen in de OT2016. De effecten op de verevenende werking zijn licht positief en de ondercompensatie van een belangrijke identificeerbare groep verzekerden met chronische aandoeningen wordt weggenomen. Het model is stabiel in de normbedragen na toevoeging van dit criterium.

De WOR is in beginsel positief over de verfijnde GSM, gegeven de beleidsuitgangspunten van de minister. De verfijning verbetert immers de compensatie van belangrijke groepen chronisch zieken. Echter iBMG geeft aan problemen te verwachten bij het ophogen van de verzekerden aantallen (rassen) in de laatste fase van de OT. De WOR acht het risico op uitvoeringsproblemen te groot, daarom adviseert de WOR om de bestaande GSM vooralsnog voor 2016 te handhaven.

De WOR staat in eerste instantie eveneens positief tegenover invoering van het criterium gebruik GRZ in t-1. Echter door de wijziging in de declaratiesystematiek per 2013 (overgang naar DBC's) worden problemen verwacht bij de vaststelling van de normbedragen van GRZ t-1. De WOR acht het risico op uitvoeringsproblemen te groot, daarom adviseert de WOR om het criterium gebruik GRZ t-1 niet op te nemen in het vereveningsmodel 2016.

De WOR merkt verder op dat toepassing van criteria die gebaseerd zijn op zorgkosten in t-1 mogelijk een slechte prikkelwerking hebben. Daarom adviseert de WOR om net als dit jaar veel onderzoek te doen, zodat modellen verder kunnen worden doorontwikkeld en het belang van criteria die gebaseerd zijn op zorgkosten t-1 minder belangrijk worden en wellicht niet meer nodig zijn.

Indien ex post compensaties voor de V&V-kosten aan de orde zijn adviseert de WOR een apart deelbedrag voor V&V-kosten te hanteren (zie ook het eerdere WOR advies hierover: WOR 732). Het model hoeft hierbij niet aangepast te worden. De WOR adviseert dus om in dit geval voor de variabele kosten en de V&V-kosten dezelfde vereveningskenmerken in de OT 2016 te gebruiken. Opname van een extra regiocriterium bij alleen de V&V-kosten leidt niet tot een duidelijk betere verevening.